

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(denominazione del soggetto richiedente)

Via/piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell.. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

**ALLA SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE**

**Oggetto:** domanda di contributo in relazione all'Avviso per iniziative/progetti in ambito sociosanitario per le azioni di sostegno rivolte ai cittadini in condizione di marginalità finalizzate alla gestione dell'emergenza COVID 19 (Delibera della Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze n. \_\_\_\_\_)

Con la presente si trasmette la domanda di contributo in relazione all'Avviso in oggetto per la seguente iniziativa/progetto proposta da questo ente/associazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nella domanda, redatta tramite il modulo in allegato, previa presa visione delle disposizioni e dei termini previsti dall'avviso pubblico in oggetto, sono riportati i dati e le informazioni utili per una valutazione della richiesta.

Cordiali saluti.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INIZIATIVA/PROGETTO IN AMBITO SOCIO SANITARIO PER LE AZIONI DI SOSTEGNO RIVOLTE AI CITTADINI IN CONDIZIONE DI MARGINALITA' FINALIZZATE ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID 19 (Delibera della Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze n. \_\_\_\_\_)**

I... sottoscritt ..... C.F. ....  
nat...a ..... il .....  
residente in ..... via ..... n. ....  
tel..... nella sua qualità di legale rappresentante dell'Associazione  
.....  
con sede in ..... via ..... n. ....  
tel. ...., C.F./P.IVA: ..... I

dichiara,

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 dello stesso DPR in caso di dichiarazione mendace:

- che l'Associazione è iscritta nel registro provinciale delle Associazioni di Volontariato/Promozione Sociale (cancellare quello che non interessa) al nr. ....
- di impegnarsi, in caso di assegnazione del contributo, a trasmettere, ad attività conclusa, dettagliata rendicontazione dell'iniziativa/progetto sia in termini finanziari che dei risultati ottenuti, secondo la modulistica prevista dalla Società della Salute;

fa istanza

di concessione di un contributo in nome e per conto dell'ente sopra indicato, da parte della Società della Salute di Firenze a sostegno dell'iniziativa/progetto di seguito rappresentata che il predetto ha effettuato/sta effettuando nel settore d'intervento di cui all'Avviso pubblico approvato con Delibera della Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze n. \_\_\_\_\_, secondo quanto sotto indicato.

**1. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO**

**1.1 DENOMINAZIONE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.2 RESPONSABILE DEL PROGETTO** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**1.3 OBIETTIVI GENERALI DELL'ATTIVITA' SVOLTA** (indicare sinteticamente il tipo di attività svolta in corrispondenza degli scopi perseguiti)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





---



---



---



---



---



---



---



---



---

**2. PREVENTIVO DEI COSTI DA SOSTENERE/SOSTENUTI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO**

*Indicare il costo preventivato con articolazione del preventivo, se composto da più voci, o allegare preventivo dettagliato eventualmente già predisposto a integrazione o in sostituzione del prospetto che segue*

VOCI DI SPESA (in dettaglio)	IMPORTO
Spese per il personale (specificatamente adibito al progetto)	€ _____
Spese per prestazioni professionali	€ _____
Spese per lavori	€ _____
Spese per altri servizi	€ _____
Spese di stampa, informazione e postali	€ _____
Spese per acquisto e locazione materiale e strumenti	€ _____
Spese per attrezzature e locali, etc.	€ _____
Spese telefoniche, fax, ecc.	€ _____
Spese per alloggio, accoglienza, trasferte, viaggi e rimborsi spese	€ _____
Spese di rappresentanza	€ _____
Altre spese (specificare)	€ _____

**TOTALE** \_\_\_\_\_

**3. PREVENTIVO DELLE RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE PER IL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO**

*Indicare il preventivo delle risorse, come da prospetto che segue, con l'articolazione dei singoli contributi ragionevolmente attesi o concessi da altri soggetti. In particolare:*

VOCI DI ENTRATA	IMPORTO
<b>Contributo richiesto alla Società della Salute</b>	€ _____
Risorse proprie	€ _____
Contributi richiesti ad altri soggetti	€ _____
Contributi concessi da altri soggetti	€ _____
<b>TOTALE</b>	€ _____

Dichiara, altresì (*contrassegnare una delle due opzioni seguenti*):

$\frac{1}{2\pi}$  di non essere debitore di somme nei confronti della Società della Salute o degli enti consorziati;

$\frac{1}{2\pi}$  di essere debitore, nei confronti della Società della Salute o degli enti consorziati, per € \_\_\_\_\_

Richiede che, in caso di assegnazione del contributo, il pagamento venga effettuato (*indicare una delle due opzioni*):

$\frac{1}{2\pi}$  mediante accredito su c/c postale IBAN n.  
 \_\_\_\_\_ intestato all'ente/associazione  
 \_\_\_\_\_

$\frac{1}{2\pi}$  mediante accredito su c/c bancario IBAN n.  
 \_\_\_\_\_ presso l'Istituto  
 \_\_\_\_\_ intestato all'ente/  
 associazione \_\_\_\_\_

Firenze, lì \_\_\_\_\_

firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

Ai sensi degli art. 38, comma 2, e 47 del D.p.r. n. 445/00 la presente dichiarazione non è soggetta ad autentica della firma se:

- sottoscritta dall'interessato in presenza dell'incaricato che riceve il documento;
- Inviata corredata di fotocopia di documento d'identità.

## Informativa sulla *privacy* ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679

<i>Descrizione del presente documento</i>	Con la presente informativa la Società della Salute di Firenze, quale titolare del trattamento, descrive come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati relativi alle domande di contributo.
<i>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</i>	Titolare del trattamento è la Società della Salute di Firenze, con sede in Firenze, Viale della Giovine Italia n 1/1, 50122, e-mail: <a href="mailto:direttore@sds.firenze.it">direttore@sds.firenze.it</a> , pec: <a href="mailto:segreteria@pec.sds.firenze.it">segreteria@pec.sds.firenze.it</a> . Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, Viale A. Gramsci n. 53, e-mail.: <a href="mailto:sds@dpo-rpd.eu">sds@dpo-rpd.eu</a>
<i>Fonte dei dati personali</i>	I dati personali raccolti sono quelli forniti al momento della sottoscrizione del piano di spesa e di accettazione del buono servizio.
<i>Trattamento dei dati personali</i>	I dati saranno trattati per il solo fine per il quale sono stati raccolti, con strumenti cartacei e informatici e saranno resi pubblici nei limiti con le modalità previste dalla vigente normativa, anche in materia di trasparenza dell'azione amministrativa
<i>Comunicazione dei dati</i>	I dati non saranno comunicati a terzi salvo i casi di seguito descritti e previo consenso dei diretti interessati: - a fornitori di servizi informatici per la gestione informatizzata dei documenti e delle procedure connesse; - a soggetti istituzionali per fini istituzionali quali l'Azienda USL Toscana Centro, il Comune di Firenze e eventuali altri Comuni, le Autorità Giudiziarie, le Forze di polizia, la Regione Toscana, ecc.
<i>Trasferimento internazionali dei dati</i>	I dati saranno trattati esclusivamente all'interno del territorio italiano/europeo. Non saranno inviati in altri paesi extraeuropei.
<i>Sicurezza</i>	Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza e di protezione organizzative, amministrative e tecniche con particolare riferimento ai dati informatizzati.
<i>Conservazione dei dati</i>	Secondo la normativa specifica in materia di conservazione e di archiviazione dei documenti la documentazione inerente alle domande e la concessione dei contributi saranno conservate per 10 anni a decorrere dal momento in cui si conclude il processo di rendicontazione.
<i>Accesso ai propri dati personali e diritti degli interessati</i>	Le persone dirette interessate o i soggetti legittimati in loro rappresentanza (tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, delegato) possono in qualsiasi momento accedere ai propri dati e chiedere eventuali aggiornamenti, rettifiche o cancellazioni, oppure possono chiedere che i loro dati personali siano rimossi dagli archivi della SdS di Firenze (in base al c.d. diritto all'oblio introdotto dal Regolamento UE n. 679/2016). Infine, le persone interessate possono chiedere in qualsiasi momento una copia oppure una revisione e/o ricognizione dei propri dati detenuti e conservati dalla SdS di Firenze Le persone possono esercitare i loro diritti come sopra descritto scrivendo al seguente indirizzo e-mail: <a href="mailto:direttore@sds.firenze.it">direttore@sds.firenze.it</a> .
<i>Quesiti o reclami</i>	Per ulteriori dettagli e maggiori informazioni è sempre possibile contattare il titolare del trattamento o il Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi e-mail sopra evidenziati. E' sempre possibile contattare direttamente l'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali) con sede in Piazza Montecitorio n. 121, 00186, Roma, tel. 06/696771, e-mail: <a href="mailto:garante@gpdp.it">garante@gpdp.it</a> , pec: <a href="mailto:protocollo@pec.gpdp.it">protocollo@pec.gpdp.it</a> .



