**COMUNICAZIONE AVVIO ATTIVITA’**

Denominazione Bando: **Bando regionale per l’inclusione socio-lavorativa per persone con disabilità di cui alla D.D. n. 347 del 14/07/2023, parzialmente modificata con D.D. n. 411 del 07/08/2023.**

Codice operatore capofila: ..............................................

Denominazione operatore capofila: ..............................................................................................................

Data inizio: ............................................... Data fine presunta: ...................................

In riferimento alla richiesta di avvio delle attività, il/la sottoscritto/a ............................................................... nato/a a ................................................. il ................................; in qualità di legale rappresentante del soggetto capofila dell’ATS composta da:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

**DICHIARA**

* di avviare l’attività sotto la propria esclusiva responsabilità in pendenza dell’esito dei controlli sulla documentazione presentata;
* di adottare tutte le modalità di gestione e le disposizioni previste dal Bando;
* di accettare il controllo degli organi comunitari, nazionali e regionali a ciò preposti.

.......................................................

Firma del legale rappresentante del capofila\*

*\*La dichiarazione, debitamente compilata, deve essere sottoscritta secondo una delle seguenti modalità:*

*- apposizione della firma digitale del dichiarante;*

*- previa stampa, firma autografa del dichiarante e scansione della dichiarazione, corredata da copia fotostatica del documento di identità dell’interessato, in corso di validità.*