Fac simile di istanza di partecipazione

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sua qualità di titolare/legale rappresentante della Organizzazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto l’avviso di PRE-INFORMAZIONE PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A COPROGETTARE PER INTERVENTI LEGATI AL PIANO TERRITORIALE DI PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO

**DICHIARA**

Il proprio interesse ad essere invitato alla successiva coprogettazione degli interventi a sottoporsi a Bando indetto da Regione Lombardia.

Il sottoscritto chiede altresì che tutte le comunicazioni in merito vengano inviate al sopra citato indirizzo.

**A tal fine**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000; consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo d.p.r. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**dichiara**

1. Di possedere almeno 5 ( cinque ) anni di esperienza nel campo della prevenzione di comportamenti di addiction, sia di natura formativa e comunitaria, che educativa ed esperienziale.

In specifico le attività relative sono state le seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| anno | Descrizione attività  | Conoscenze e competenze  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Almeno 2 attività attualmente in corso nel campo della prevenzione dei comportamenti di addiction; saranno considerate favorevolmente parallele competenze di trattamento e riabilitazione;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| anno | Descrizione attività  | Conoscenze e competenze  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. competenze di trattamento e riabilitazione

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| anno | Descrizione attività  | Conoscenze e competenze  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Per la prima tematica: esperienze e competenze di ricerca sociale, empowerment comunitario, informazione e formazione degli adulti;

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione attività  | Conoscenze e competenze  |
|  |  |
|  |  |

1. Per la seconda tematica competenze specifiche ed esperienze di sviluppo di peer education;

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione attività  | Conoscenze e competenze  |
|  |  |
|  |  |

1. Per la terza tematica, competenze specifiche rispetto all’area della grande età e della relazione informativa e di gestione di servizi dedicati all’agio dell’età matura;

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione attività  | Conoscenze e competenze  |
|  |  |
|  |  |

1. **Organizzazioni che sviluppano programmi di Auto Mutuo Aiuto sarà sufficiente indicarne l’organizzazione e le metodologie, nonché le possibilità di sviluppo territoriale.**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Informativa ai sensi della L. 196/2003: i dati personali saranno utilizzati da A.S.S.E.MI. ai soli fini del presente avviso, fatti salvi i diritti degli interessati.