



Bando “Gestione sostenibile delle aree verdi di pertinenza delle strutture sanitarie pubbliche o accreditate presso il S.S.N.”

Direzione Generale per il Clima e l'Energia

Modulo A **Domanda di partecipazione**

Il sottoscritto _____ (indicare: Nome, Cognome e ruolo ricoperto all'interno della Struttura sanitaria) in qualità di legale rappresentante della _____ (selezionare come necessario) **Struttura sanitaria pubblica** **Struttura sanitaria accreditata presso il S.S.N.** (Tipologia atto di accreditamento _____, Estremi atto di accreditamento N° _____ - Data _____) denominata _____, con sede legale in _____, prov. _____, Via/Viale/Piazza n. _____,

CHIEDE DI PARTECIPARE AL

Bando “Gestione sostenibile delle aree verdi di pertinenza delle strutture sanitarie pubbliche o accreditate presso il S.S.N.”

con il **Progetto dal titolo “_____”**

che prevede un **costo totale** pari a € _____

RICHIEDE

pertanto, che l'intervento proposto possa essere ammesso a finanziamento, ai sensi dell'articolo 2, comma 2 del Decreto, per l'importo di € _____, pari al _____ % del costo totale.

Il progetto per il quale si chiede l'ammissione a finanziamento prevede la realizzazione di interventi ricompresi nelle seguenti Categorie (Articolo 1, comma 2 e Allegato 1):

- CATEGORIA A. GESTIONE SOSTENIBILE DELL'IRRIGAZIONE DELLE AREE VERDI**
- CATEGORIA B. MANUTENZIONE SOSTENIBILE DELLE AREE VERDI**
- CATEGORIA C. GESTIONE DEI RESIDUI DELL'ATTIVITÀ DI POTATURA, SFALCIO E PULIZIA DELLE AREE VERDI**
- CATEGORIA D. EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DELL'IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DELLE AREE VERDI**

Di seguito si riportano i riferimenti del **Referente Tecnico** del progetto:

Nominativo			
Ruolo all'interno della Struttura Sanitaria			
Ufficio/Area			
Telefono		Cell.	
E-mail			
PEC della Struttura Sanitaria			

Si allegano, come previsto dall'Allegato 2 al Decreto, i seguenti documenti:

- a1) dichiarazione in merito alla copertura finanziaria del progetto, per la quota del costo complessivo del progetto non coperta dal finanziamento ministeriale richiesto;
- a2) dichiarazione che le attrezzature e/o i piccoli macchinari, di cui alla Categoria B, oggetto di domanda di contributo sono: (i) nella proprietà del beneficiario; (ii) utilizzati esclusivamente per la cura e la manutenzione delle aree verdi oggetto del presente Decreto; (iii) funzionanti e in uso al momento della presentazione della domanda;
- a3) copia dell'atto di accreditamento al S.S.N. della struttura sanitaria (qualora pertinente);
- a4) copia fotostatica del documento di identità del legale rappresentante della struttura sanitaria.

Luogo

Il legale rappresentante della Struttura Sanitaria

Data

(*)

Nome e Cognome

*Spazio riservato per l'apposizione della firma digitale **sul file in formato pdf***

(*) Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa