

## Allegato C – modulo di adesione partner

*La dichiarazione può essere redatta in carta libera o su carta intestata dell'Ente, Organizzazione, Impresa.*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della ETS/ETS  
capofila di partenariato \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita I.V.A. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
E-mail certificata \_\_\_\_\_

in adesione all'avviso pubblico per l'individuazione di enti del terzo settore per la co-progettazione art. 55 D.Lgs. e ss.mm.ii. del 117/2017, per l'attuazione di interventi a valenza sociale per persone affette da disturbi dello spettro autistico a valere sulle risorse del fondo sociale locale.

### **dichiara**

la propria disponibilità a contribuire come partner alla realizzazione del progetto, con i tempi e le modalità indicati dal presente Avviso

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_