

ALLEGATO D

COMUNICAZIONE DI ADESIONE

**Avviso regionale per l'attivazione della
MISURA "PROTEZIONE SOCIALE"**

**Piano di assistenza personalizzata (PAP) per persone inserite in percorsi
di residenzialità e semi residenzialità in regime di convenzione con il
Servizio sanitario regionale (SSR).**

Periodo 2026-2027

PR FSE+ 2021-2027

Misura III.k.5.10

(D.G.R. n. 1-1934 del 5 dicembre 2025)

CARTA INTESTATA PRESIDIO/STRUTTURA

Spett.le

ASL _____

Da inviare via PEC all'ASL con cui è attiva la convenzione con il SSR

OGGETTO: MISURA "PROTEZIONE SOCIALE" - Piano di assistenza personalizzata (PAP) per persone inserite in percorsi di residenzialità e semi residenzialità in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale (SSR), nel quadro del Programma regionale FSE+ 2021-2027 della Regione Piemonte.

Adesione da parte delle Strutture/dei Presidi.

Il/la sottoscritto/a (nome, cognome) _____, CF _____

Nato/a a (Comune) _____, il (gg/mm/aaaa) _____

in qualità di Legale Rappresentante (o suo delegato/a*) del soggetto gestore della struttura/presidio (denominazione) _____, con sede legale in (Comune, indirizzo) _____

Premesso che:

la struttura indicata ha titolo ad aderire all'iniziativa sulla base di quanto previsto dall'Avviso e dalla normativa di riferimento,

COMUNICA

l'adesione della struttura/del presidio alla proposta progettuale che l'ASL _____ intende presentare alla Regione Piemonte per l'applicazione del P.A.P. – Piano di assistenza personalizzata - nell'ambito della Misura "Protezione sociale" in oggetto.

A tale fine,

sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale prevista per le false dichiarazioni dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dalle disposizioni del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- che le convenzioni attive ammontano a _____
- che il/la Responsabile del presidio/struttura è _____

SI IMPEGNA

- a realizzare le attività previste dalla Misura secondo quanto previsto dall'Avviso e sulla base di eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Regione Piemonte
- a comunicare all'ASL eventuali variazioni dei dati relativi al rappresentante legale o suo delegato e/o al responsabile di Struttura/Presidio.

Firma**

** In caso di sottoscrizione da parte di soggetto delegato ad operare da parte del Legale rappresentante, occorre allegare la delega.*

*** In caso di firma olografa, allegare un documento identificativo*