



Allegato 1

Domanda

BOLLO ¹

¹ salvo i casi di esenzione previsti dalla normativa vigente

Alla Regione Marche
P.F. Credito, Cooperative, Commercio e
Tutela dei Consumatori
Via Tiziano, 44
60125 ANCONA
PEC: regione.marche.intercom@emarche.it

Oggetto: L.R. n. 15 del 08 luglio 2021, art. 8 – DGR. n. 1536 del 13/12/2021- Domanda per la concessione dei contributi alle Associazioni dei consumatori e degli utenti, iscritte al registro regionale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Sedi/Sportelli.

SEZIONE A - RICHIESTA CONTRIBUTO PER LA SEDE REGIONALE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il/...../.....a (città) _____ (prov.) _____

residente a (città) _____ (prov.) _____

Via _____ n. _____ CAP _____

nella sua qualità di legale rappresentante dell'Associazione

con **sede legale** nel comune di _____ (prov.) _____

Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

pec _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____



CHIEDE

- la concessione del contributo, previsto dall'art. 8 della L.R. n. 15 del 08 luglio 2021 per l'organizzazione ed il funzionamento delle Sedi/Sportelli, delle Associazioni dei consumatori iscritte al registro regionale di cui all'art. 7 della suddetta legge, finalizzato all'informazione, all'assistenza, alla tutela, alla consulenza e alla formazione dei cittadini consumatori utenti. Nello specifico, che venga concesso un contributo per **L'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DELLA SEDE/SPORETTO REGIONALE**, nel rispetto dei criteri e delle modalità stabilite dalla DGR. n. 1536 del 13/12/2021.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1) Dati Sede/Sportello Regionale

La Sede/Sportello Regionale è ubicata nel Comune di.....(prov.).....

Vian. CAP

tel. cell.

e-mail

pec

2) Responsabile Sede/Sportello Regionale

Cognome e Nome

nato/a il/...../..... a (città) (prov.)

residente a (città) (prov.).....

Vian.....CAP



3) Apertura al pubblico della Sede/Sportello Regionale

la Sede/Sportello regionale garantisce un'apertura al pubblico per almeno 4 giorni la settimana, con un orario non inferiore alle 4 ore giornaliere, come di seguito specificato:

GIORNI	ORARI MATTINA	ORARI POMERIGGIO	TOTALE ORE GIORNALIERE
Lunedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Martedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Mercoledì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Giovedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Venerdì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Sabato	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Domenica	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	

4) Addetti presso la Sede/Sportello Regionale

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					
c)					

(aggiungere le righe necessarie)



SEZIONE B - RICHIESTA CONTRIBUTO PER LE SEDI/SPORELLI PROVINCIALI

CHIEDE

- la concessione del contributo, previsto dall'art. 8 della L.R. n. 15 del 08 luglio 2021 per l'organizzazione ed il funzionamento delle Sedi/Sportelli, delle Associazioni dei consumatori iscritte al registro regionale di cui all'art. 7 della suddetta legge, finalizzato all'informazione, all'assistenza, alla tutela, alla consulenza e alla formazione dei cittadini consumatori utenti. Nello specifico, che venga concesso un contributo per **L'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DELLE SEDI/SPORELLI PROVINCIALI**, nel rispetto dei criteri e delle modalità stabilite dalla DGR. n. 1536 del 13/12/2021.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che l'Associazione ha, nelle Marche, n. Sedi/Sportelli provinciali, dislocati in province diverse, oltre alla sede regionale;
2. che le suddette Sedi/Sportelli provinciali garantiscono l'apertura al pubblico per almeno 4 giorni alla settimana, con un orario non inferiore a 3 ore giornaliere;
3. che, ai fini della valutazione e della graduatoria di merito, sulla base degli elementi di cui all'art. 3 della DGR. n. 1536 del 13/12/2021, la situazione delle Sedi/Sportelli provinciali è la seguente:

(compilare per ogni Sede/Sportello provinciale le voci dal punto 1) al punto 9)

<p>SEDE/SPORELLI PROVINCIALE UBICATO NELLA PROVINCIA DI</p> <p>.....</p>

1) Dati Sede/Sportello provinciale:

La Sede/Sportello provinciale è ubicata nel Comune di.....(prov.).....

Vian. CAP

tel. cell.

e-mail

pec



2) **Responsabile Sede/Sportello provinciale:**

Cognome e Nome

nato/a il/...../..... a (città) (prov.)

residente a (città) (prov.).....

Vian.....CAP

2) **Apertura al pubblico Sede/Sportello provinciale:**

GIORNI	ORARI MATTINA	ORARI POMERIGGIO	TOTALE ORE GIORNALIERE
Lunedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Martedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Mercoledì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Giovedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Venerdì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Sabato	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Domenica	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	

4) **Personale dipendente o con contratto di collaborazione addetto alla Sede/Sportello Provinciale:**

Si No

In caso di risposta affermativa compilare quanto segue:

- **Addetti n.** (specificare dati anagrafici addetti)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					
c)					

(aggiungere le righe necessarie)



5) Personale stagista, personale volontario, addetto alla Sede/Sportello Provinciale per almeno tre mesi nell'anno:

Si No

In caso di risposta affermativa compilare quanto segue:

- **Addetti n.** (specificare dati anagrafici addetti)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					
c)					

(aggiungere le righe necessarie)

6) Presenza di assistenza legale, comprovata, gratuita, presso la Sede/Sportello provinciale, di professionisti o di esperti delle Associazioni, per almeno due volte la settimana:

Si No

In caso di risposta affermativa compilare quanto segue:

(specificare dati anagrafici del soggetto/soggetti)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					

(aggiungere le righe necessarie)

7) Gestione gratuita, comprovata, delle pratiche di prima assistenza presso la Sede/Sportello Provinciale:

Si No

8) Attivazione e continuità di iniziative finalizzate: all'informazione e formazione dei consumatori e degli utenti in funzione di una corretta educazione al consumo consapevole, al risparmio e all'utilizzo responsabile del denaro; alla sensibilizzazione verso le tematiche relative alla sostenibilità ambientale ed alla protezione della salute; al sostegno dei soggetti in condizioni di fragilità; alla messa in atto di campagne informative anche attraverso piattaforme digitali.

Si No

9) Personale femminile o giovani di età inferiore a 35 anni, collaboratore o dipendente, in servizio nella Sede/Sportello provinciale e nei Punti di Assistenza dello stesso:

Si No

In caso di risposta affermativa compilare quanto segue:

(specificare dati anagrafici del soggetto/soggetti)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					
c)					

(aggiungere le righe necessarie)



(compilare per ogni Punto di Assistenza le voci dal punto 10) al punto 18)

10) **PUNTI DI ASSISTENZA** della Sede/Sportello Provinciale di - I Punti di Assistenza che garantiscono l'apertura al pubblico per almeno un giorno alla settimana con un orario non inferiore alle 2,30 ore giornaliere, dislocati in altri comuni nell'ambito del territorio della provincia di sono n., come di seguito specificati:

11) **Dati Punto di Assistenza**

Il punto di assistenza è ubicato nel Comune di.....(prov.).....

Vian. CAP

tel. cell.

e-mail

pec

12) **Responsabile Punto di Assistenza**

Cognome e Nome

nato/a il/...../..... a (città) (prov.)

residente a (città) (prov.).....

Vian.....CAP

13) **Apertura al pubblico Punto di Assistenza:**

GIORNI	ORARI MATTINA	ORARI POMERIGGIO	TOTALE ORE GIORNALIERE
Lunedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Martedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Mercoledì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Giovedì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Venerdì	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Sabato	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	
Domenica	Dalle orealle ore.....	Dalle orealle ore.....	



14) Personale dipendente o con contratto di collaborazione addetto presso il Punto di Assistenza:

Si No

In caso di risposta affermativa compilare quanto segue:

- **Addetti n.** (specificare dati anagrafici addetti)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					
c)					

(aggiungere le righe necessarie)

16) Personale stagista, personale volontario, per almeno tre mesi nell'anno, addetto presso il Punto di Assistenza:

Si No

In caso di risposta affermativa compilare quanto segue:

- **Addetti n.** (specificare dati anagrafici addetti)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	CITTA'	CAP.
a)					
b)					
c)					

(aggiungere le righe necessarie)

17) Il Punto di Assistenza è ubicato in zona montana, rurale o svantaggiata:

Si No

18) Gestione gratuita, comprovata, delle pratiche di prima assistenza presso il Punto di Assistenza

Si No

informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data.....

IL DICHIARANTE
