**Ente gestore: ATS Cooperativa “L’Arca” (capofila), Associazione “Don Puglisi”, Cooperativa “Sol.co”**

**PRONTO INTERVENTO SOCIALE DISTRETTO SOCIO SANITARIO 45**

**COMUNI DI MODICA, SCICLI, ISPICA E POZZALLO**

**DOMANDA DI ADESIONE ESERCIZI COMMERCIALI**

**All’ATS gestore del PIS**

**OGGETTO: Manifestazione di interesse ad aderire in qualità di esercenti convenzionati al progetto di Pronto Intervento Sociale, volto ad attuare interventi in favore di persone in stato di bisogno urgente e immediato dovuto a condizioni di povertà, marginalità estrema e mancanza di dimora.**

Il/La sottoscritt , Codice Fiscale

Recapito cellulare

Mail: pec:

in qualità di titolare/legale rappresentante dell’esercizio commerciale: RAGIONE SOCIALE:

P.IVA: SEDE LEGALE / FISCALE in

Via: n. cap:

SEDE PUNTO VENDITA via

TEL. EMAIL

A seguito della comunicazione ricevuta dall’Ente attuatore del Pronto Intervento Sociale

**MANIFESTA**

Il proprio interesse a partecipare alla procedura di selezione svolta dall’Ente Attuatore per la fornitura dei beni necessari al fine di offrire i servizi e le prestazioni necessarie per l’attuazione del Pronto Intervento Sociale.

Sede dell’attività:

* Comune di Modica
* Comune di Scicli
* Comune di Ispica
* Comune di Pozzallo

Al presente Avviso possono proporre Manifestazione di Interesse:

* Rivendite di generi alimentari (compresi supermercati, Ipermercati, discount)
* Rivendita bombole gas
* Farmacie e parafarmacie
* Lavanderie
* Strutture recettive
* Panificio / rosticceria / tavola calda
* Barbiere / parrucchiere

Gli esercizi commerciali interessati dovranno far pervenire la presente istanza di adesione tramite mail al seguente indirizzo: [pis.dss45@gmail.com,](mailto:pis.dss45@gmail.com) allegando un valido documento di identità.

A tale scopo, si stipulerà apposita convenzione con l’ATS (ente gestore del PIS) per individuare le modalità di erogazione dei beni/servizi e le relative forme di pagamento.

Per qualsiasi informazione, scrivere all’indirizzo mail [pis.dss45@gmail.com](mailto:pis.dss45@gmail.com) o chiamare al numero 3391119793

Data

**IL RICHIEDENTE**



*(Timbro dell’esercizio e firma leggibile per esteso del legale rappresentante*)