**Attestazione possesso dei requisiti di ammissibilità** **specifici**

**Azione 4.5.1 - Favorire la riorganizzazione e qualificazione dei servizi sanitari territoriali e per il long term care al fine di ridurre le diseguaglianze nell’accesso e i divari nel territorio**

**OGGETTO**: Operazione n. \_\_ del Programma degli Interventi approvato dall’Assemblea dei Sindaci in data *[inserire data]* con titolo *[inserire titolo Operazione]* del Comune di *[inserire nome del Comune]* nell’ambito della Strategia Territoriale (ST) dell’Area Interna di *[inserire nome della Area Interna]*, a valere sulla Priorità 5– Obiettivo Specifico 4.5 – Azione 4.5.1 PR FESR 2021-2027**.**

CUP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ll/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in qualità di **legale rappresentante** del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[indicare l'ente richiedente]*, recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

1. **Coerenza con la Strategia Territoriale di riferimento:**

*Fornire relazione e/o documentazione per la verifica della sussistenza del requisito*

1. **Coerenza con la pianificazione/programmazione di settore:**

*Fornire relazione e/o documentazione per la verifica della sussistenza del requisito*

1. **Per i Beni immobili adibiti /o da adibire a strutture sanitarie di proprietà del Soggetto Attuatore che richiede il finanziamento oppure che l’abbia ricevuto in comodato d’uso da altro soggetto pubblico o privato oppure che sia concesso in affitto da un altro soggetto, in tutti e due i casi, con obbligo di destinazione ad uso sanitario per un periodo non inferiore ad anni dieci decorrenti dalla liquidazione finale del contributo concesso, (applicabile a interventi infrastrutturali):**

*Fornire relazione e/o documentazione per la verifica della sussistenza del requisito*

1. **Per i Beni mobili/attrezzature: capacità gestionale e funzionale del servizio erogato**

*Fornire relazione e/o documentazione per la verifica della sussistenza del requisito*

Il dichiarante

*Firma digitale*