

**SCHEMA DI DICHIARAZIONE DA PRESENTARE DEBITAMENTE COMPILATO A CUI SARA' POSSIBILE ALLEGARE SOLO UNA BREVE DESCRIZIONE DELLA "SOCIETA'" E SCHEDE DI MASSIMO 2 ALBERGHI/HOTEL**

**Al Comune di Gaggiano  
Via Roma, 36  
20083 Gaggiano (MI)**

**AVVISO PUBBLICO DI PROPOSTA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SOGGIORNO CLIMATICO PER ANZIANI 2025**

**Proposta di organizzazione di un soggiorno climatico per anziani nell'anno 2025**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ legale \_\_\_\_\_ rappresentante \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
p. iva \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
(eventuale) sito internet \_\_\_\_\_

**VISTO** l'avviso pubblico

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**PROPONE**

l'organizzazione con completa responsabilità di un soggiorno climatico in favore degli anziani per l'anno 2025

**DICHIARA** a tale scopo

che l'impresa:

- è iscritta al Registro delle Imprese o equivalente registro professionale o commerciale del paese di stabilimento, per attività adeguata a quella oggetto della procedura
- è in assenza delle cause ostative di cui all'art. 94 e seguenti del D.Lgs. 36/2023 (*compilare e allegare dichiarazione allegata*)
- che la/le struttura/e alberghiera/e proposta/e possiede/ono le caratteristiche obbligatorie prescritte dall'avviso e precisamente: (*elencare in maniera precisa*):

- Categoria dell'albergo (minimo 3 stelle) \_\_\_\_\_
- Spiaggia convenzionata con la struttura situata a mt. \_\_\_\_\_ (indicare il costo e specificare se incluso nel prezzo) *specificare se convenzionata o altro*

---

---

- Distanza dal centro: mt \_\_\_\_\_
- Distanza dalla farmacia: mt \_\_\_\_\_
- Distanza dai negozi: mt \_\_\_\_\_

**DICHIARA, inoltre, che:**

- Per il soggiorno in argomento il numero massimo di camere singole disponibili è:  
\_\_\_\_\_
- La quota giornaliera del soggiorno all inclusive \_\_\_\_\_  
*indicare la quota per camera singola per persone over 65 anni*
- La quota giornaliera del soggiorno all inclusive \_\_\_\_\_  
*indicare la quota per camera doppia per persone over 65 anni*
- La quota giornaliera del soggiorno all inclusive \_\_\_\_\_  
*indicare la quota per il terzo letto aggiunto*
- La/e struttura/e garantisce/ono assistenza sanitaria (*specificare tipo e modalità*)

---

---

---

---

- La struttura offre i seguenti servizi e/o attività aggiuntive incluse nel prezzo:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

- La quota **COMPRENDE** anche il costo del trasporto andata e ritorno con pullman GT o altro mezzo adeguato e il costo del pranzo del 15° giorno prevedendo il rientro con partenza nel primo pomeriggio.

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

Firma

COGNOME – NOME

in qualità di ..... del Soggetto .....

*La domanda dovrà essere sottoscritta dal candidato o dal suo legale rappresentante o procuratore autorizzato con firma digitale o in caso di sottoscrizione a mano, accompagnata, di documento di identità del sottoscrittore.*

#### **DICHIARA INFINE**

di essere informato, ai sensi del Reg. UE D.Lgs. n.679/2016 che i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

Firma

COGNOME – NOME

in qualità di ..... del Soggetto .....

*La domanda dovrà essere sottoscritta dal candidato o dal suo legale rappresentante o procuratore autorizzato con firma digitale o in caso di sottoscrizione a mano, accompagnata, di documento di identità del sottoscrittore.*

Allegati:

- Dichiarazioni sostitutive in merito all'inesistenza di cause ostative