**Allegato 4 – Richiesta Modifiche**

|  |
| --- |
| TITOLO INIZIATIVA  DI CUI AL DECRETO N. XX DEL gg/mese/anno  **Richiesta Modifiche**  **DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità Piazza Città di Lombardia, 1 20124 Milano**  **ID PROGETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante/altro firmatario autorizzato, dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_ via \_\_ n. \_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_  Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000;  CHIEDE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’   * La modifica della sede di attuazione del servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome del/la volontario/a) ID Dote \_\_\_\_\_\_\_\_\_   da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede di attuazione del servizio (scelta dal progetto)  a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inserire riferimenti nuova sede)  per le seguenti motivazioni:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * La modifica del Responsabile del/la Volontario/a di attuazione del servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome del/la volontario/a) ID Dote \_\_\_\_\_\_\_\_\_   da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome nome) CF\_\_\_\_\_\_\_  a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome nome nuovo Responsabile) CF\_\_\_\_\_\_\_  per le seguenti motivazioni:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DICHIARA INOLTRE   * che la nuova sede di attuazione del servizio civile risulta essere accreditata all’Albo degli Enti di Leva civica lombarda volontaria ai sensi dell’art. 6 della l.r. n. 16 del 22/10/2020 e che la stessa possiede i requisiti di cui al D.Lgs. n. 81/2008 “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”. (*in caso di richiesta di modifica sede*) * che il nuovo Responsabile è già accreditato al Servizio Civile Universale come Operatore Locale di Progetto (OLP) pertanto non si allega curriculum vitae. (*in caso di richiesta di modifica Responsabile*) * che il nuovo Responsabile non è accreditato al Servizio Civile Universale come Operatore Locale di Progetto (OLP) pertanto si allega curriculum vitae. (*in caso di richiesta di modifica Responsabile*)   Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firmato Digitalmente  dal Legale rappresentante  o suo delegato ai sensi dell’art. 24 del D.lgs. n. 82/2005  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Allegati:  Curriculum vitae (se del caso)  Dichiarazione del volontario di accettazione della nuova sede di servizio (se del caso) |