**LOGO** **REGIONE**Allegato -1

**AL MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

**Direzione Generale per il mercato, la concorrenza,**

**la tutela del consumatore e la normativa tecnica**

PEC: [dgmccnt.div05@pec.mise.gov.it](mailto:dgmccnt.div05@pec.mise.gov.it)

## **D M. 10 agosto 2020, art. 2. (Emergenza sanitaria da Covid-19).**

## **Art. 148 della legge 23 dicembre 2000, n. 388.**

**COMUNICAZIONE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **..l… sottoscritto/a:** | | | | | |
| **Telefono** | | Cellulare | e-mail | | PEC |
|  | |  |  | |  |
| **Dirigente in qualità di responsabile** | | | | | |
| Ufficio: | | | | | |
| Regione: | | | Codice fiscale: | | |
| Via e N° civico: | | | Cap: | | Città: |
| Telefono: | e-mail: | | | PEC: | |

**COMUNICA**

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

1. Che risorse pari ad € .........di cui all’art. 2 del DM 10 agosto 2020 come determinate ai sensi del punto 2.1 dell’avviso MISE del 30 settembre 2020 sono destinate alla realizzazione delle seguenti attività (*indicare una o più opzioni e specificare nel rispettivo box le principali attività che si intendono realizzare*):

[ ] Assistenza socio-sanitaria, compreso il sostegno psicologico alla popolazione soprattutto adulta e ai minori;

|  |
| --- |
|  |

[ ] Potenziamento della disponibilità e dell'impiego degli strumenti di comunicazione digitale;

|  |
| --- |
|  |

[ ] Supporto agli sportelli o canali dedicati a favore dei consumatori.

|  |
| --- |
|  |

2. che il conto di tesoreria della Regione c/o la Banca d’Italia sul quale accreditare le risorse di cui al punto 1 è il seguente:

Tesoreria centrale/provinciale:

Conto di tesoreria:

Capitolo/i entrata (*nell’ipotesi di pluralità di capitoli indicare i rispettivi importi da destinare*):

3. sono state attivate le seguenti forme di consultazione con le associazioni dei consumatori regionali:

[ ] con l’organo rappresentativo delle associazioni dei consumatori (secondo la Legge regionale) le cui risultante sono riprodotte nell’atto di cui si indicano gli estremi: ................

[ ] sono state adottate forme alternative di consultazione .........(specificare in caso di assenza di legge regionale che disciplina il riconoscimento delle associazioni) le cui risultanze sono riprodotte nell’atto di cui si indicano gli estremi: ................

1. Gli indicatori di risultato per le attività selezionate sono i seguenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Iniziativa** | **Indicatore** | **Documentazione a supporto** |
| **[ ]** | **Assistenza socio-sanitaria, compreso il sostegno psicologico alla popolazione soprattutto adulta e ai minori** | * numero di persone assistite * altro (specificare) | Registri/archivi da cui si deduce il numero delle persone assistite |
| **[ ]** | **Potenziamento della disponibilità e dell'impiego degli strumenti di comunicazione digitale** | - servizi digitali attivati  - apparecchiature e/o servizi di connettività acquistati e distribuiti  - numero di accessi al sito  - numero di pagine viste  - altro (specificare) | Presenza e operatività del servizio  Documentazione di acquisto  Reportistica |
| **[ ]** | **Supporto agli sportelli o canali dedicati a favore dei consumatori.** | - numero di sportelli  - numero di pratiche  - numero di conciliazioni  - altro (specificare) | Generalità dello sportello  Archivio delle pratiche  Archivio delle conciliazioni |

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo e data** |  |

**Firmato digitalmente dal responsabile dell’Ufficio**

*(ai sensi del d.lgs 82/2005 e successive modifiche*)