**ALLEGATO B**

**COMUNE DI PORTO AZZURRO (LI)**

**CIG.**

Denominazione Associazione/Organizzazione:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

P.IVA/ CF …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sede legale:

Comune di …………………………………………………….. Via/P.zza …………………………………………………………………

Telefono ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Email…………………………………………………..……….. PEC …………………………………………………………………………..

Sede operativa (se diversa dalla sede legale):

Comune di …………………………………………………….. Via/P.zza …………………………………………………………………

Telefono ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Email…………………………………………………..……….. PEC …………………………………………………………………………..

Responsabile/Referente amministrativo: …………………………………………………………………………………………

Telefono …………………………………………………..… CELL …………………………………………………………………………..

Email…………………………………………………..……….. PEC …………………………………………………………………………..

1) Numero totale di volontari iscritti: ………………………………………………………………………………………………..

2) Numero totale di volontari iscritti dedicati alla convenzione in oggetto: ………………………………………

3) Dotazione mezzi di trasporto adeguati all’oggetto della convenzione, n°: ……………………………………..

* Caratteristiche mezzi di trasporto
* Marca e Modello ……………………………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione …………………………………………………………………………………………………..
* Posti a sedere …………………………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □
* Caratteristiche mezzi di trasporto
* Marca e Modello ……………………………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione …………………………………………………………………………………………………..
* Posti a sedere …………………………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □
* Caratteristiche mezzi di trasporto
* Marca e Modello ……………………………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione …………………………………………………………………………………………………..
* Posti a sedere …………………………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □

* Caratteristiche mezzi di trasporto
* Marca e Modello ……………………………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione …………………………………………………………………………………………………..
* Posti a sedere …………………………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □
* Caratteristiche mezzi di trasporto
* Marca e Modello ……………………………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione …………………………………………………………………………………………………..
* Posti a sedere …………………………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □

4) Numero di anni esperienza nella gestione di servizi analoghi a quello oggetto della convenzione:

|  |  |
| --- | --- |
| PERIODO | ENTE PUBBLICO |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |
| Dal…………………………….. al……………………………….. |  |

5) Numero ore di formazione e/o aggiornamento dei volontari effettuate nell’ultimo biennio (2021-2022): ……………………………………….

6) Numero autisti regolarmente assunti: ……………………………………

7) Attività di coordinamento tecnico amministrativo specificamente dedicato alla convenzione:

- N. di ore settimanali di attività di coordinamento …………………………………………….

- N. di volontari impiegati nel coordinamento ……………………………………………………..

**In fede**

**Data** …………………………………………

**Firma**

..…………………………………………………………….