

Intestazione Cooperativa

---

**Spett.le REGIONE BASILICATA  
Dipartimento Politiche della Persona  
Ufficio Terzo Settore  
Via Vincenzo Verrastro, 9  
85100 POTENZA**

**OGGETTO:** domanda di iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali L.R. n. 39/93 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a ..... cod. fiscale .....  
nato/a a ..... Prov. .... il .....  
residente in ..... Prov. .... via ..... n. ....  
in qualità di legale rappresentante della Cooperativa Sociale.....  
con sede legale in ..... Prov. .... via.....  
Cod. Fisc./ P. IVA..... PEC .....

**CHIEDE** l'iscrizione della stessa all'Albo regionale delle Cooperative Sociali alla sezione:

- A
- B
- A/B

Allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 46, di iscrizione all'albo nazionale delle cooperative sociali.
- Copia dell'atto costitutivo e dello statuto.
- Autocertificazione circa gli ambiti di attività in cui la cooperativa opera ed i relativi servizi.
- Autocertificazione sulla compagine sociale.
- Progetto sull'attività che la cooperativa intende svolgere.
- Per le cooperative già operanti allegare:
  - a) Relazione sulle caratteristiche professionali di quanti operano all'interno della cooperativa;
  - b) Relazione sull'attività svolta;
  - c) Copia dell'ultimo bilancio approvato.
- Dichiarazione del legale rappresentante di non essere incorsi in violazione in materia di lavoro, previdenziali e fiscali non conciliabili in via amministrativa.
- Per le cooperative che chiedono l'iscrizione nella sottosezione B documentazione relativa alla presenza all'interno della compagine sociale, di lavoratori svantaggiati nella misura prevista dall'art. 4 L. n. 381/91 (30%);  
*(Per gli invalidi civili la copia del verbale sanitario deve essere corredata di fotocopia di un documento di riconoscimento e di autodichiarazione dell'invalido attestante che il verbale è conforme all'originale e che dalla data dell'accertamento sanitario non sono stati prodotti ulteriori verbali medici che hanno modificato il grado di invalidità).*

Luogo e data

Firma del legale rappresentante