

ALLEGATO D

Al Comune di Ribera
Capofila del Distretto Socio Sanitario D6
Servizio Gabinetto del Sindaco
Corso Umberto I
92016 Ribera

Oggetto: adesione al patto di accreditamento per l'erogazione dei servizi previsti dal Progetto Home Care 2019 mediante Voucher Sociali – periodo gennaio - dicembre 2020.

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____

In qualità di Legale rappresentante della _____

con sede in via _____ n. _____ cap _____ città _____

C.F. _____ P. IVA _____

Recapiti telefonici _____ fax _____ cell. _____

e-mail _____ pec _____

DICHIARA

che il suddetto Ente è iscritto all'Albo Distrettuale per l'erogazione di prestazioni Socio – Assistenziali alla persona mediante Patti di Accreditamento (Voucher) nella Sezione Disabili

COMUNICA

La propria disponibilità a sottoscrivere il Patto di Accreditamento per l'erogazione dei servizi previsti dal Progetto Home Care 2019 mediante Voucher Sociali – periodo gennaio - giugno 2020.

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- ✓ di aver preso visione dell'avviso pubblico di ***“Adesione al Patto di Accreditamento per l'erogazione dei servizi previsti dal Progetto Home Care 2019 mediante Voucher Sociali – periodo gennaio - dicembre 2020;***
- ✓ di accettare le condizioni previste nel “Patto di Accreditamento” allegato al suddetto avviso.

_____ li _____

Il dichiarante