

ALLEGATO D

Al Comune di Ribera
Capofila del Distretto Socio Sanitario D6
1° Settore Politiche Sociali
Via Riggi, 58
92016 Ribera

Oggetto: adesione al patto di accreditamento per l'erogazione dei servizi previsti dal Progetto Home Care 2017 mediante Voucher Sociali – periodo APRILE 2019.

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 2017 mediante Voucher Sociali – periodo APRILE 2019.

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 2017 mediante Voucher Sociali – periodo APRILE 2019;***

✓ di accettare le condizioni previste nel “Patto di Accreditamento” allegato al suddetto avviso.

_____ li _____

Il dichiarante