

“Allegato B”

Al Comune di Ribera
1° Settore – Servizio Politiche Sociali
Via Riggi, 58
92016 Ribera

**SERVIZI DOMICILIARI A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
APPARTENENTI ALL'AMBITO TERRITORIALE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO
D6- 2° RIPARTO PAC**

Il sottoscritto _____ nato il _____
_____ in _____ qualità _____ di _____ Legale Rappresentante
della _____ con sede in Via _____ n. _____
cap _____ città _____ c.f. _____ P. Iva
_____ recapiti telefonici: _____ fax _____ cell. mail
_____ Pcc _____

DICHIARA

che il suddetto Ente è iscritto all'Albo Distrettuale per per l'erogazione di prestazioni Socio-Assistenziali alla persona mediante PATTI DI ACCREDITAMENTO (Vouchers) nella Sezione **Anziani**

COMUNICA

la propria disponibilità a sottoscrivere il Patto di Accreditamento per l'erogazione del servizio di: Servizi domiciliari a favore degli Anziani non autosufficienti appartenenti all'Ambito territoriale del Distretto Socio-Sanitario D6.

A tal fine ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 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 degli intereventi di Assistenza Domiciliare in favore degli Anziani non autosufficienti, in ADI e non in ADI (SAD), previsti nel Piano di Azione e Coesione Anziani 2° Riparto, appartenenti all'Ambito territoriale del Distretto Socio-Sanitario D6”** ;

- di accettare le condizioni previste nel "Patto di Accreditamento" allegato al suddetto avviso

_____, li _____

IL DICHIARANTE