

ALLEGATO "C"

All'Ufficio Protocollo del Comune di Ribera
n.q., Capofila del Distretto Socio Sanitario D6
Corso Umberto I n. 30 - 92016

RIBERA



Oggetto: adesione al patto di accreditamento per l'erogazione dei servizi previsti dal PROGETTO S.I.A. "PON INCLUSIONE ATTIVA" - AVVISO PUBBLICO n. 3/2016 - F.S.E. PROGRAMMAZIONE 2014/2020 -

AMBITO TERRITORIALE: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D6

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 Minori.

COMUNICA

La propria disponibilità a sottoscrivere il Patto di Accreditamento per l'erogazione, mediante voucher sociali, dei servizi previsti dal Progetto S.I.A. "PON INCLUSIONE ATTIVA" - AVVISO PUBBLICO n. 3/2016 - F.S.E. PROGRAMMAZIONE 2014/2020 - AMBITO TERRITORIALE: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D6.

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e 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 S.I.A. "PON INCLUSIONE ATTIVA" - AVVISO PUBBLICO n. 3/2016 - F.S.E. PROGRAMMAZIONE 2014/2020;
- di accettare le condizioni previste nel "Patto di Accreditamento" allegato al suddetto avviso.

_____ li, _____

Il dichiarante