

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 - PAC ANZIANI – AZIONI DI RAFFORZAMENTO TERRITORIALE- DICHIARAZIONE DI ADESIONE AL PATTO DI ACCREDITAMENTO

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. mail _____ Pec _____

DICHIARA

- la propria adesione a sottoscrivere il Patto di Accreditamento per l'erogazione del servizio di Assistenza domiciliare (SAD) e di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in a favore degli Anziani, ultra sessantacinquenni, non autosufficienti appartenenti all'Ambito territoriale del Distretto Socio-Sanitario D6;
- che il suddetto Ente è iscritto all'Albo Distrettuale per l'erogazione di prestazioni Socio-Assistenziali alla persona mediante PATTI DI ACCREDITAMENTO (Vouchers) nella Sezione **Anziani** .

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 interventi di Assistenza Domiciliare in favore degli Anziani non autosufficienti, in ADI e non in ADI (SAD), previsti nel Piano di Azione e Coesione Anziani – Azioni di Rafforzamento Territoriale, appartenenti all'Ambito territoriale del Distretto Socio-Sanitario D6”, approvato dall'AdG del Ministero dell'Interno con decreto n. 3831/PAC del 04-07-2022;

- di accettare le condizioni previste nel "Patto di Accreditamento" allegato alla determina n. _____ del

_____, li _____

IL DICHIARANTE