

Servizi domiciliari finalizzati alla permanenza o ritorno in famiglia di anziani non autosufficienti, oltre i 75 anni di età, attraverso il Comune di residenza

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 _____
_____ Pec _____

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 finalizzati alla permanenza o ritorno in famiglia di anziani non autosufficienti, oltre i 75 anni di età, attraverso il Comune di residenza.

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

_____, li _____

IL DICHIARANTE