

## ALLEGATO D

Al Comune di Ribera  
Capofila del Distretto Socio Sanitario D6  
Servizio Gabinetto del Sindaco  
Corso Umberto I  
92016 Ribera

**Oggetto: adesione al patto di accreditamento per l'erogazione dei servizi previsti dal Progetto Home Care 2019 mediante Voucher Sociali – periodo gennaio - dicembre 2020.**

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 2019 mediante Voucher Sociali – periodo gennaio - giugno 2020.

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 2019 mediante Voucher Sociali – periodo gennaio - dicembre 2020;***
- ✓ di accettare le condizioni previste nel “Patto di Accreditamento” allegato al suddetto avviso.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il dichiarante