

## ALLEGATO D

Al Comune di Ribera  
Capofila del Distretto Socio Sanitario D6  
3° Settore Politiche Sociali  
Via Riggi, 58  
92016 Ribera

**OGGETTO: ADESIONE AL PATTO DI ACCREDITAMENTO PRE L'EROGAZIONE DEL DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA ALL'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE AGLI ALUNNI PORTATORI DI HANDICAP – ANNO SCOLASTICO 2016/2017.**

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 per l'erogazione di prestazioni Socio-Assistenziali alla persona mediante PATTI DI ACCREDITAMENTO (Vouchers) nella Sezione **Disabili**

### COMUNICA

la propria disponibilità a sottoscrivere il Patto di Accreditamento per l'erogazione del servizio di assistenza all'autonomia e comunicazione, a mezzo voucher sociali, in favore degli alunni disabili per l'anno scolastico 2016/2017

**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 PRE L'EROGAZIONE DEL DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA ALL'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE AGLI ALUNNI PORTATORI DI HANDICAP – ANNO SCOLASTICO 2017/2018";

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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE