

ALLEGATO C

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 - GIUGNO 2022.

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 2022. 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 - GIUGNO 2022;**
- ✓ di accettare le condizioni previste nel “Patto di Accreditamento” allegato al suddetto avviso.

_____ li _____

Il dichiarante

1. Name of the person
2. Address
3. City
4. State
5. Zip

6. Date of birth
7. Social Security Number
8. Telephone Number

9. Occupation
10. Education
11. Marital Status
12. Number of children

DECLARATION

I hereby declare that the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

SIGNATURE

Signature of the person
Date

WITNESSES

Witness 1 Name
Witness 1 Address
Witness 1 City
Witness 1 State
Witness 1 Zip
Witness 2 Name
Witness 2 Address
Witness 2 City
Witness 2 State
Witness 2 Zip

1. Name of the person