

Ambito N18
Protocollo Generale del Comune di Casoria
Piazza Cirillo n. 1 - 80026 - Casoria (NA)

Oggetto: ISTANZA DI ISCRIZIONE NELL'ALBO D'AMBITO N18 DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE, DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON I SERVIZI SANITARI PER DISABILI

(da compilare a cura del Soggetto titolare della struttura)

IL SOTTOSCRITTO	
CODICE FISCALE	
NATO A	
IL	
RESIDENTE IN	
ALLA VIA/PIAZZA, N.	
TELEFONO E FAX	
E-MAIL	

in qualità di Legale Rappresentante di:

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE		
NATURA GIURIDICA		
CODICE FISCALE		
PARTITA IVA		
SEDE LEGALE IN		
VIA/PIAZZA, N.		CAP
TELEFONO E FAX		
E-MAIL		
SEDE OPERATIVA IN ¹		COMUNE
VIA/PIAZZA, N.		CAP
TELEFONO E FAX		

¹ È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino.

E-MAIL	
--------	--

CHIEDE

ai sensi del Regolamento Regione Campania n.4/2014, di essere iscritto all'Albo dei soggetti autorizzati/accreditati dell'Ambito N18 per l'erogazione dei servizi a favore dei disabili (*barrare casella di interesse:*

Servizi domiciliari/territoriali

Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	
Assistenza Domiciliare socio assistenziale	

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- che la ditta_____risulta autorizzata/accreditata presso l'Ambito__, con provvedimento n._____del_____.
- Solo in caso di non possesso di sede operativa nel territorio afferente all'Ambito N 18:
 di impegnarsi ad aprirne almeno una entro la data di sottoscrizione del Patto di accreditamento ed a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano dell'Ambito N 18.

Allega:

- Copia provvedimento autorizzazione/accreditamento;
- Copia Carta di Identità del Legale Rappresentante;

Timbro e firma del legale Rappresentante