

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE
DI LOCRI

Pec: atlocri@asmepec.it

OGGETTO: ISTANZA PER L'ISCRIZIONE ALL'ELENCO APERTO DI SOGGETTI, DA CONVENZIONARE PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI CITTADINI DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LOCRI, AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E ACCREDITATI, AI SENSI DELLA DGR N.503/2019 E S.M.I.

Il sottoscritto _____ nato a _____ () il _____
e residente a _____ () in via _____ n. _____
Codice fiscale _____ in qualità di Legale rappresentante
della Ditta _____
con sede in a _____ () in via _____ n. _____
C.F. _____ P.IVA _____,

CHIEDE

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO APERTO DI CUI ALL'OGGETTO, DI CUI AL CAPO 5 DELL'ALLEGATO A - REGOLAMENTO N. 22/2019, E NELLO SPECIFICO:

| SCELTA | MINORI | Carattere |
|--------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 5.4. SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI | Domiciliare |
| | ADULTI | Carattere |
| <input type="checkbox"/> | 5.2. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI | Domiciliare |
| <input type="checkbox"/> | 5.5. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI IN DIFFICOLTA' | Domiciliare |
| | DISABILI | Carattere |
| <input type="checkbox"/> | 5.3. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE CON DISABILITA' | Domiciliare |

A tal fine, a corredo della presente istanza, si allega:

- Determina n. _____ del ___/___/___ di Autorizzazione al Funzionamento dell'Ambito Territoriale Sociale di _____
- Determina n. _____ del ___/___/___ di Accreditamento dell'Ambito Territoriale Sociale di _____;
- Documento d'identità in corso di validità.

_____, ___/___/2024

Timbro e firma _____