

Allegato 1

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

Pec ambitoterritorialecaulonia@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 CAULONIA, AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E ACCREDITATI, AI SENSI DELLA DGR N.503/2019 E SS.MM.II.

Il sottoscritto _____ nato a _____ () il _____
e residente a _____ () in via _____ n. _____
Codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ in qualità di Legale rappresentante
dell'Ente _____
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:

<i>SCelta</i>	<i>MINORI</i>	<i>Carattere</i>
<input type="checkbox"/>	5.4. SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI	Domiciliare
	<i>ADULTI</i>	<i>Carattere</i>
<input type="checkbox"/>	5.2. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI	Domiciliare
<input type="checkbox"/>	5.5. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI IN DIFFICOLTA'	Domiciliare
	<i>DISABILI</i>	<i>Carattere</i>
<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 rilasciata dall'Ambito Territoriale Sociale di _____
- Determina n. _____ del ____/____/____ di Accreditamento rilasciata dall'Ambito Territoriale Sociale di _____;
- Documento d'identità in corso di validità.

_____, ____/____/2024

Timbro e firma _____