

Modello Allegato 1

AL COMUNE DI PALAGONIA
Home Care Premium 2014
P/za Municipio s.n.
95048 PALAGONIA (CT)

OGGETTO: Istanza di accreditamento per l'accesso all'elenco dei soggetti attuatori di un progetto sperimentale di assistenza domiciliare in favore di non autosufficienti finanziato al Comune di Palagonia capofila DSS 20, Programma Home Care Premium 2014 dell'INPS

Il sottoscritto Nato a

Documento di identità: N°

In qualità di:

Del/della:

Denominazione:

Forma giuridica:

Con sede legale a:

Indirizzo: N°

Tel. Fax

Email:

Partita IVA: Cod. Fisc.

- consapevole delle pene stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci; presa visione dell'Avviso Pubblico e del regolamento HCP 2014;

DICHIARA

di manifestare, con la sottoscrizione della presente, la volontà di partecipare alla procedura di accreditamento in oggetto;

di accettare tutte le condizioni riportate nel presente avviso e nel Regolamento HCP 2014, come modificato dalla determinazione Dirigenziale del 18/12/2014.

Il

Timbro e firma

Si allega fotocopia non autenticata di documento di identità