

Allegato Modello 2

**Dichiarazione di intenti
(allegato alla domanda)**

AL COMUNE DI PALAGONIA
Home Care Premium 2014
P/za Municipio s.n.
95046 PALAGONIA (CT)

Oggetto: Impegno a formalizzare un Accordo di Rete per la fornitura di prestazioni domiciliari ed extra domiciliari nell'ambito del programma Home Care Premium 2014 in favore di persone non autosufficienti finanziato dall'INPS al Comune di Palagonia capofila DSS n.20

L'anno il mese il giorno

sottoscritti:

a) Capofila designato: (denominazione e natura giuridica, rappresentante legale)

b) Partner della rete: (per ciascuno trascrivere denominazione e natura giuridica, rappresentante legale)

MANIFESTANO L'INTENZIONE

in caso di accreditamento, di realizzare, congiuntamente, le attività socio assistenziali di cui al progetto sopraindicato, nell'ambito del DSS 20, nei tempi e nei modi previsti dal Regolamento HCP 2014 dell'INPS

E SI IMPEGNANO

in caso di accreditamento, a sottoscrivere apposito Accordo di Rete (secondo le norme attualmente vigenti) e a trasmetterne copia al Comune di Palagonia, entro e non oltre trenta (30) giorni dalla comunicazione di ammissione all'Elenco dei soggetti accreditati HCP 2014, stabilendo fin d'ora i ruoli, le funzioni e le responsabilità dei singoli soggetti che sono di seguito indicati:

Denominazione Soggetto	Ruolo (Capofila/Associato)	Natura Giuridica	Azioni, interventi, servizi, prestazioni

I soggetti sopraindicati concordano che il Capofila, con mandato di rappresentanza speciale e gratuita nei confronti del Comune di Palagonia e fin da ora individuato in
che accetta, con la sottoscrizione della presente.

Luogo e data Firma e timbro di tutti i rappresentanti legali

(sottoscritta ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000 e s.m.i)