

Modello C

(su carta intestata della struttura)

Spett.le DISTRETTO Socio Sanitario RM 5.2

Capofila Comune di Guidonia Montecelio

protocollo@pec.guidonia.org

OGGETTO: Comunicazione variazioni - Accreditamento delle strutture, pubbliche e private, residenziali e semiresidenziali che prestano servizi socioassistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.2, ai sensi della DGR 124/2015 e DGR 130/2018.

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____

Via _____ n. _____

Cap _____

Recapito Telefonico _____

in qualità di legale Rappresentante della Struttura denominata

Con sede in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ Cap. _____

Recapito Telefonico Struttura _____

Email e PEC _____

Relativamente a quanto dichiarato in precedenza nell'istanza l'accreditamento e l'iscrizione al registro delle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano servizi sociassistenziali nei Comuni del Distretto RM 5.2 ai sensi della DGR 124/2015

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

A tal fine allega alla presente:

- Copia documento di identità in corso di validità del legale rappresentante della struttura;
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Data, ___/___/_____

Firma
