# ALLEGATOD

# RICHIESTA di ACCREDITAMENTO AL“VOUCHER RDC SAD” in favore dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza per l’accesso ai servizi e agli interventi di inclusione previsti nei PaIS presso i fornitori accreditati al Registro distrettuale di accreditamento dei soggetti gestori dei servizi alla persona

**Spett.le**

**Unione dei Comuni Alta Sabina**

**Piazza Vittorio Emanuele, 2**

**02037 Poggio Moiano (RI)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante della (Coop/Ente/Associazione/etc…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l’*”Avviso Pubblico non competitivo per l’accreditamento al “Voucher RDC SAD” finalizzato all’erogazione in regime di accreditamento degli interventi di inclusione sociale previsti nei PaIS”*

# CHIEDE

# di essere accreditata al “Voucher RdC SAD” per l’erogazione in regime di accreditamento dell’intervento “Assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità”(art. 7 comma 1 lettera e del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147).

# A TAL FINE

# sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR 445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall’art. 75 dello stesso DPR 445/2000

# DICHIARA

* di aver preso visione, di accettare integralmente e senza riserve e di rispettare quanto riportato nell’“Avviso pubblico non competitivo per l’accreditamento al “Voucher RdC SAD”finalizzato all’erogazione in regime di accreditamento degli interventi di inclusione sociale previsti nei PaIS” inclusi gli allegati B) Disciplinare Voucher RdC SAD e C) Patto di Accreditamento Voucher RdC SAD;
* di impegnarsi alla sottoscrizione dell’Allegato C) *Patto di Accreditamento Voucher RdC SAD;*
* di essere attualmente iscritto al *Registro distrettuale di accreditamento dei soggetti gestori dei servizi alla persona alle sezioni A, B, C ed E;*

# DICHIARA inoltre CHE

la propria SEDE OPERATIVA è sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_

* si allega documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

*Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

*Timbro e firma*