

Al Signor Sindaco
Comune Capofila di Pagliara

**RICHIESTA ACCREDITAMENTO PER NUOVE TIPOLOGIE DI SERVIZIO RIENTRANTI
NELLA SEZIONE ALLA QUALE SI E' GIA' ISCRITTI**

***MODULO UTILIZZABILE SOLO DAGLI ENTI GIA' ACCREDITATI CHE DESIDERANO
EROGARE NUOVE TIPOLOGIE DI SERVIZIO RIENTRANTI NELLA/E SEZIONE/I A
CUI SONO GIA' ISCRITTI***

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ Prov. _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ Via/Corso/Piazza _____ n. _____ Cap _____

domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) _____

Via/Corso/Piazza _____ N. _____ Cap _____

In qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Associazione _____

con sede legale presso _____ in Via _____ n. _____

con sede operativa presso _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

L'ACCREDITAMENTO ALL'ALBO DELL'AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N.2 DEI
SOGGETTI EROGATORI DI SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI MEDIANTE VOUCHER PER
LE TIPOLOGIE DI SERVIZIO

☐ SERVIZIO DI ASSISTENZA
SCOLASTICA SPECIALISTICA PER
L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE
(ASACOM)

Sezione: 3. FAMIGLIE E MINORI

☐ SPAZIO NEUTRO

Sezione: 3. FAMIGLIE E MINORI

☐ TRASPORTO SOCIALE

Sezione: 1-2-3

Dichiara, inoltre, di essere informato che, nel rispetto della normativa vigente, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante
firma leggibile e timbro