

All'Ufficio di Piano
Comune di Torre del Greco
Ambito territoriale N31

Oggetto: Richiesta iscrizione all'albo dei soggetti autorizzati/accreditati dell'Ambito N31 per l'erogazione di interventi e servizi sociali e per la fornitura di prestazioni (per soggetti già autorizzati/accreditati da altro Ente)

(da compilare a cura del Soggetto titolare della struttura)

IL SOTTOSCRITTO	
CODICE FISCALE	
NATO A	
IL	
RESIDENTE IN	
ALLA VIA/PIAZZA, N.	
TELEFONO E FAX	
E-MAIL	

in qualità di Legale Rappresentante di:

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE		
NATURA GIURIDICA		
CODICE FISCALE		
PARTITA IVA		
SEDE LEGALE IN		
VIA/PIAZZA, N.		CAP
TELEFONO E FAX		
E-MAIL		
SEDE OPERATIVA IN ¹		COMUNE
VIA/PIAZZA, N.		CAP
TELEFONO E FAX		

¹ È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino.

E-MAIL	
--------	--

CHIEDE

ai sensi del Regolamento Regione Campania n.4/2014, di essere iscritto all'Albo dei soggetti autorizzati/accreditati dell'Ambito N31 per l'erogazione di interventi e servizi sociali e per la fornitura di prestazioni per l'erogazione dei seguenti servizi (barrare la casella di interesse):

Servizi residenziali/semiresidenziali

AREA RESPONSABILITA' FAMILIARI E DIRITTI DEI MINORI	
Nido e micro Nido d'infanzia	
Servizi integrativi al Nido - Spazio Bambini e bambine	
Servizi integrativi al nido - Centro per i Bambini e le Famiglie	
Ludoteca per la Prima Infanzia	
Centro Sociale Polifunzionale i	
Comunità di pronta e transitoria accoglienza	
Casa famiglia	
Comunità educativa a dimensione familiare	
Comunità alloggio	
Gruppo Appartamento	
Comunità di accoglienza per gestanti, madri e bambini	
AREA DONNE IN DIFFICOLTA'	
Casa di accoglienza per donne maltrattate	
Casa protetta per donne vittime di tratta e/o sfruttamento	
AREA PERSONE ANZIANE	
Centro sociale polifunzionale	
Gruppo appartamento	
Comunità alloggio	
Casa albergo	
AREA PERSONE CON DISABILITA'	
Centro sociale polifunzionale	
Gruppo appartamento	
Comunità alloggio	
AREA PERSONE ANZIANE E PERSONE CON DISABILITA'	
Comunità tutelare per persone non autosufficienti	
AREA SALUTE MENTALE /DISAGIO PSICHICO	
Casa alloggio	
Gruppo appartamento	

Servizi domiciliari/territoriali

Sevizio di assistenza scolastica	
Progetti terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute	
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	
Assistenza Domiciliare socio assistenziale	
Centri per le famiglie	
Servizio di Mediazione culturale	
Servizio di Mediazione familiare	
Laboratori di educativa territoriale	
Centri antiviolenza	
Segretariato sociale	
Telefonia sociale	
Telesoccorso	
Trasporto Sociale	
Unità Mobile di strada	
Servizio di pronto intervento sociale	

A tal fine**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

Che la ditta _____ risulta autorizzata/accreditata presso l'Ambito _____, con provvedimento n. _____ del _____.

Allega:

- Copia provvedimento autorizzazione/accreditamento;
- Copia Carta di Identità del Legale Rappresentante;

Timbro e firma del legale Rappresentante