

Allegato 1

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE  
DI LOCRI

Pec: [atlocri@asmepec.it](mailto:atlocri@asmepec.it)

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ISCRIZIONE ALL'ELENCO APERTO DI SOGGETTI, DA CONVENZIONARE PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI CITTADINI DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LOCRI, AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E ACCREDITATI, AI SENSI DELLA DGR N.503/2019 E S.M.I.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di Legale rappresentante  
della Ditta \_\_\_\_\_  
con sede in a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO APERTO DI CUI ALL'OGGETTO, DI CUI AL CAPO 5 DELL'ALLEGATO A - REGOLAMENTO N. 22/2019, E NELLO SPECIFICO:**

SCELTA	MINORI	Carattere
<input type="checkbox"/>	5.4. SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI	Domiciliare
	ADULTI	Carattere
<input type="checkbox"/>	5.2. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI	Domiciliare
<input type="checkbox"/>	5.5. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI IN DIFFICOLTA'	Domiciliare
	DISABILI	Carattere
<input type="checkbox"/>	5.3. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE CON DISABILITA'	Domiciliare

A tal fine, a corredo della presente istanza, si allega:

- Determina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ di Autorizzazione al Funzionamento dell'Ambito Territoriale Sociale di \_\_\_\_\_
- Determina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ di Accreditamento dell'Ambito Territoriale Sociale di \_\_\_\_\_;
- Documento d'identità in corso di validità.

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/2024

**Timbro e firma** \_\_\_\_\_