





- Servizio Formazione Autonomia  
 Progetti personalizzati

ACCOGLIENZA DI DISABILI/ALTRE PATOLOGIE

- NO                       SI (eventuali note: \_\_\_\_\_ )

NOMINATIVO E RECAPITO TELEFONICO DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

---

NOMINATIVO E TELEFONO DEL REFERENTE AMMINISTRATIVO

---

**DICHIARA**

di aver preso visione integrale dell'Avviso, di accettarne i contenuti e di essere a conoscenza che l'iscrizione nell'Elenco non comporta una procedura di affidamento concorsuale;

che il/i servizi per il/i quale/i chiede l'iscrizione nell'Elenco distrettuale è/sono in conformità con le disposizioni regionali in materia di servizi a favore di disabili, come previsto dalla normativa regionale (DGR 7437/2008, DGR 7433/2008, DGR 20763/2005, DGR 20943/2005 )

che Il/I servizio per il/i quale/i chiede l'iscrizione nell'Elenco comunale opera/operano in ambito/i distrettuale/i nel/i quale/i non è ancora operativo l'istituto dell'accreditamento e, pertanto, allega autocertificazioni (allegati B o B1, C) di possesso dei requisiti richiesti dalla normativa per l'accreditamento.

Luogo e data della sottoscrizione

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
(firma leggibile)