

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____
 _____ il _____, C. F: _____
 residente a _____ in Via _____
 in qualità di (*carica sociale*): _____
 dell'impresa (*denominazione / ragione sociale*) _____

 con sede in _____ Prov. _____, Via/Piazza _____

ai sensi degli artt. 46 e 47, DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

1°) Di aver preso visione e di attenersi rigorosamente alle norme contenute, rispettivamente, nel *Disciplinare di Servizio e nello schema del Patto di Accreditamento (allegati E e F dell'Avviso Pubblico del _____)*, ove vengono meglio descritte le finalità, criteri, modalità di attuazione, obblighi, qualifiche professionali e quant'altro necessario a regolare la fornitura delle prestazioni assistenziali, accettandone preventivamente tutto incluso e niente escluso le norme ivi contenute.

2°) Di impegnarsi a sottoscrivere il Patto di Accreditamento, sotto riserva, nelle more dei controlli dei requisiti richiesti ed auto-dichiarati, significando che, in caso di esiti negativi, il patto di accreditamento sottoscritto si intenderà automaticamente risolto.

_____, li _____

Firma del soggetto interessato
