

**ISTANZA DI ACCREDITAMENTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )  
In qualità di \_\_\_\_\_  
Dell'Ente \_\_\_\_\_  
Con sede in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Con Codice fiscale n: \_\_\_\_\_  
Con Partita IVA n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Chiede**

L'accreditamento all'albo distrettuale relativo all'erogazione delle prestazioni integrative afferenti al Progetto Home Care Premium 2014

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**Documenti da allegare:**

- 1) Autocertificazione relativa al possesso dei requisiti di carattere generale di cui all'art. 38 del dlgs 163/2006
- 2) Copia dei decreti di iscrizione all'albo regionale di cui all'art. 26 L.R. 22/86 Sezioni Minori, Anziani e Inabili
- 3) Autocertificazione relativa all'esperienza maturata nella gestione di progetti Home Care Premium 2014.