

**Spett.le DISTRETTO Socio Sanitario RM 5.2**

**Capofila Comune di Guidonia Montecelio**

[protocollo@pec.guidonia.org](mailto:protocollo@pec.guidonia.org)

**OGGETTO: Comunicazione variazioni - Accreditamento delle strutture, pubbliche e private, residenziali e semiresidenziali che prestano servizi socioassistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.2, ai sensi della DGR 124/2015 e DGR 130/2018.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di legale Rappresentante della Struttura denominata

\_\_\_\_\_

Con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico Struttura \_\_\_\_\_

Email e PEC \_\_\_\_\_

Relativamente a quanto dichiarato in precedenza nell'istanza l'accreditamento e l'iscrizione al registro delle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano servizi sociassistenziali nei Comuni del Distretto RM 5.2 ai sensi della DGR 124/2015

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

A tal fine allega alla presente:

- Copia documento di identità in corso di validità del legale rappresentante della struttura;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_