Da mettere su carta intestata

**Modello 1**

 **Al Comune di Castel di Sangro**

 **ECAD dell’Ambito Sociale Distrettuale n. 6 Sangrino PEC comune.casteldisango.aq@pec.comnet-ra.it**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………...................…………………

nato/a a ………………....................……………………..il………………………

residente a……………........………...……………Via………………………........

codice fiscale …………...................……………………………………………….

in qualità di legale rappresentante dell’organizzazione …………………………..

con sede legale in ……............…………………… via …………....………………….

c.f./p.IVA n……………....................………………………………………………

CHIEDE

l’accreditamento dell’organizzazione…………………………….....................…………………………………………………per l'erogazione del servizio di educativa domiciliare adulti disabili per i beneficiari a valere sui fondi del DOPO DI NOI, residenti nei 13 Comuni dell’Ambito Sangrino.

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(in allegato copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario, ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 44)