

Modello C
(su carta intestata della struttura)

Spett.le DISTRETTO Socio Sanitario RM 5.4
Capofila comune di Olevano Romano
Via del Municipio n. 1 00035

OGGETTO: Comunicazione variazioni - Accredimento delle strutture, pubbliche e private, a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio assistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.4, 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 _____

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Relativamente al Registro Distrettuale delle strutture pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio assistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.4 ai sensi della DGR 124/2015

A tal fine allega alla presente:

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

Data, ____ / ____ / _____

Firma
