



Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

MODULO DI L'ISCRIZIONE ALL' ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIOSANITARIE SOTTOFORMA DI TITOLI D'ACQUISTO PER L'AMBITO TERRITORIALE N 19

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ___/___/___ C.F. _____ residente a _____

CAP _____ via _____

in qualità di legale rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente) _____

_____ con sede legale in _____

_____ CAP _____ via _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

e con sede operativa a _____

Prov _____ CAP _____ via _____ n° _____ telefono _____

fax _____ PEC _____

P. VA _____

Chiede:

di essere iscritto **ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI
PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIOSANITARIE SOTTOFORMA DI TITOLI D'ACQUISTO
PER L'AMBITO TERRITORIALE N19**

per il quale si è in possesso di:

a) Provvedimento di accreditamento

Atto n. _____ rilasciato in data ___/___/___ dall'Ambito Territoriale _____

A tal fine dichiara di avere la seguente natura giuridica (*barrare la voce che interessa*):

a) (specificare _____)

Regione Campania - Città Metropolitana di Napoli - Comune capofila Afragola (NA) - ex L. 328/00 - L.R. 11/07

Sede Ufficio di Piano: via Don Luigi Sturzo n°12 - 80021 - Afragola (NA)

Comune di Afragola C.F.: 80047540630, P.I.: 01547311215

Tel. 081 8529613; Fax 081 8529623; PEC: settorequalitaevivibilita@comune.afragola.na.it; mail: udp@ambitoterritoriali19.it

Sito: www.ambitoterritoriali19.it



Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

CHIEDE di essere iscritto all'albo per la erogazione delle seguenti prestazioni di cui al Regolamento Regionale 4/2014

SI ALLEGA ALLA PRESENTE

- autocertificazione del possesso del provvedimento di accreditamento (salvo presentazione del titolo in copia);
- carta di identità in corso di validità del legale rappresentante del soggetto prestatore.
- Altro _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Accetto

Data, ___/___/_____

Timbro e firma del Legale Rappresentante