



# Piano Sociale di Zona

AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 1

Comuni di:

Baranzate, Bollate, Ceriano Laghetto, Cesate, Cogliate, Garbagnate Milanese,  
Lazzate, Limbiate, Misinto, Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago, Solaro

## DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

Il sottoscritto .....nato a.....il.....residente  
a....., C.F....., legale rappresentante della  
cooperativa/azienda.....(P.I.....),

### **RICHIEDE L'ACCREDITAMENTO**

della cooperativa/azienda.....nell'Ambito territoriale del  
Distretto 1 (ASL Milano 1) di Garbagnate Milanese al fine di poter erogare

### **il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa per Minori**

mediante l'utilizzo di voucher sociali.

FIRMA (e timbro)

-----

Data.....  
(all. fotocopia documento di identità)

E' consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'articolo 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 ed importano l'applicazione della sanzione penale.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e si impegna a comunicare eventuali variazioni

FIRMA (e timbro)

-----



---

Sede Legale: Comune di Garbagnate Milanese - Provincia di Milano Piazza De Gasperi 1 20024 Garbagnate Milanese  
tel. 02/9954577 fax 02/99028875

sede Operativa : Piazza Santuario 15 20024 Garbagnate Milanese tel. : 02 9957741 fax: 02 99022937  
mail: [pdz@comune.garbagnate-milanese.mi.it](mailto:pdz@comune.garbagnate-milanese.mi.it)