



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 sottoscrittonato 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