

Spett.le Comune di Gaeta  
Ufficio Integrazione Socio-Sanitaria  
P.zza XIX Maggio, 10  
04024 GAETA (LT)

**OGGETTO: Registro degli Assistenti alla persona del Distretto socio-sanitario LT/5 - Richiesta di rinnovo di iscrizione**

Il/la sottoscritto/a ..... Nato/a ..... il

.....Residente a ..... Via .....

Tel./Cell .....Codice Fiscale .....

Iscritto/a al Registro Distrettuale dal .....

**CHIEDE**

*il rinnovo dell'iscrizione nel " Registro degli Assistenti alla persona" del Distretto socio-sanitario LT/ 5.*

*A tal fine*

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali connesse a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D. P. R. del 28 Dicembre 2000 n°445:

- a) la persistenza dei requisiti di iscrizione;
- b) la tempestiva comunicazione di ogni variazione intervenuta rispetto alle informazioni già fornite ed alle Dichiarazioni già rese al Comune di Gaeta, Comune capofila del Distretto LT/5;
- c) il rispetto, da parte degli operatori iscritti, delle disposizioni della D.G.R. 88/2017 nonché dei principi di correttezza, buona fede e libera concorrenza nel libero mercato;
- d) la partecipazione ad eventuali eventi formativi che saranno erogati dal Comune di Gaeta, comune Comune capofila del Distretto LT/5, finalizzati all'aggiornamento professionale.

*Allega alla presente:*

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_