

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./CellCodice 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
