

DICHIARAZIONE REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE

per gli esercenti professioni e/o imprenditori individuali

Oggetto: AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA progetto INPS gestione dipendenti pubblici "Home Care Premium" - Distretto Socio Sanitario di Iglesias

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____,
nato a _____ il ___/___/___
C.F. _____, in qualità di _____
dell'impresa _____ con sede in _____,
PARTITA IVA n. _____, CODICE FISCALE n. _____, iscritta dal
_____ al Registro della CCIAA (o altro Registro professionale o commerciale dello Stato di
appartenenza) della provincia di _____ al numero _____ (in caso di
società con Sede in uno Stato diverso dall'Italia, indicare i dati equivalenti vigenti nel relativo Stato),

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di aver svolto, nell'ambito di progetti o programmi gestiti o finanziati da Enti Pubblici o privati, i Servizi per cui si chiede accreditamento, avendo maturato esperienza di almeno 2 anni:

ANNO	DESCRIZIONE DEL SERVIZIO	DESTINATARIO

ANNO	DESCRIZIONE DEL SERVIZIO	DESTINATARIO

ALLEGA

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità

Luogo e data

.....,

FIRMA

.....