Allegato " D ”

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto nato a

 il , C. F: residente a in Via in qualità di (*carica sociale*): dell'impresa (*denominazione / ragione sociale*)

con sede in Prov. , Via/Piazza

*ai sensi degli artt. 46 e 47, DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76, DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato*

**DICHIARA**

1°) Di aver preso visione e di attenersi rigorosamente alle norme contenute, rispettivamente, nel *Disciplinare di Servizio e nello schema del Patto di Accreditamento ( allegati E e F dell'Avviso Pubblico del*  *),* ove vengono meglio descritte le finalità, criteri, modalità di attuazione, obblighi, qualifiche professionali e quant'altro necessario a regolare la fornitura delle prestazioni assistenziali, accettandone preventivamente tutto incluso e niente escluso le norme ivi contenute.

2°) Di impegnarsi a sottoscrivere il Patto di Accreditamento, sotto riserva, nelle more dei controlli dei requisiti richiesti ed auto-dichiarati, significando che, in caso di esiti negativi, il patto di accreditamento sottoscritto si intenderà automaticamente risolto.

 , lì

**Firma del soggetto interessato**