

Da mettere su carta intestata

**Modello 1**

**Al Comune di Castel di Sangro  
ECAD dell'Ambito Sociale Distrettuale n. 6 Sangrino  
PEC comune.casteldisango.aq@pec.comnet-ra.it**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a .....il.....  
residente a.....Via.....  
codice fiscale .....  
in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione .....  
con sede legale in ..... via .....  
c.f./p.IVA n.....

**CHIEDE**

l'accreditamento  
dell'organizzazione.....  
.....per l'erogazione del servizio di educativa domiciliare adulti disabili per i  
beneficiari a valere sui fondi del DOPO DI NOI, residenti nei 13 Comuni dell'Ambito  
Sangrino.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

\_\_\_\_\_

(in allegato copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 44)