

**Spett.le DISTRETTO Socio Sanitario RM 5.4**  
**Capofila Comune di Subiaco**  
**Piazza Sant'Andrea, n. 1 - 00028**

**OGGETTO: Comunicazione variazioni - Accredimento delle strutture, pubbliche e private, a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio assistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.4, ai sensi della DGR 124/2015 e DGR 130/2018.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di legale Rappresentante della Struttura denominata

\_\_\_\_\_

Con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico Struttura \_\_\_\_\_

Email e PEC \_\_\_\_\_

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Relativamente al Registro Distrettuale delle strutture pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio assistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.4 ai sensi della DGR 124/2015

A tal fine allega alla presente:

- Copia documento di identità in corso di validità del legale rappresentante della struttura;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_