

Al Comune di Frosinone
Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone
Piazza VI Dicembre, snc
03100 Frosinone

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

 <p>Home care premium 2012 Assistenza domiciliare per non autosufficienti... perché non c'è posto migliore della tua casa</p> <p><u>Modello per l'iscrizione al Registro del Volontariato sociale</u></p>	<p><u>Modello 3 – Patronati / CAF</u></p>
--	--

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

in qualità di Legale Rappresentante

del Patronato (denominazione) _____

del CAF (denominazione) _____

con sede legale a _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ fax _____

e-mail _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

l'iscrizione al Registro del Volontariato Sociale – Sezione Patronati / CAF del Distretto Sociale B di Frosinone, istituito nell'ambito del progetto Home Care Premium 2012 Assistenza Domiciliare per non autosufficienti, promosso dall'INPS – Gestione Ex Inpdap, cui il Comune di Frosinone, in qualità di Capofila del Distretto, ha aderito sottoscrivendo apposito Accordo di Programma, in data 29.01.2013.

Il sottoscritto, consapevole delle disposizioni di cui agli artt. n. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art.76, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, e del Regolamento di adesione al progetto Home care premium 2012 (e note integrative), di accettare tutte le condizioni in essi previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì che il Patronato / CAF richiedente:

1. è in possesso del riconoscimento all'esercizio dell'attività di patronato e assistenza sociale, approvato con Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, ai sensi della L. n.152/2001;
2. è iscritto nel Registro delle Persone Giuridiche presso la prefettura di _____ al n. _____ dal _____;
3. è iscritto all'Albo di Assistenza Fiscale per i lavoratori dipendenti (*solo per i CAF*);
4. per le finalità previste dall'Avviso Pubblico relativo alla presente istanza, ai fini dell'attuazione del progetto Home Care Premium 2012 nel Distretto Sociale B di Frosinone, si rende disponibile allo svolgimento delle seguenti attività:

5. per lo svolgimento delle suddette attività, renderà disponibile la seguente sede (*è possibile indicare anche più sedi*):

6. garantirà la continuità e la regolarità delle attività per le quali si è reso disponibile, per tutta la durata del progetto.

ALLEGA

copia in corso di validità del documento di identità del dichiarante.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data _____

Firma
