



# Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano  
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

## MODULO DI L'ISCRIZIONE ALL' ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE SOTTOFORMA DI TITOLI D'ACQUISTO PER L'AMBITO TERRITORIALE N 19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

e con sede operativa a \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

P. VA \_\_\_\_\_

### Chiede:

di essere iscritto **ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI  
PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE SOTTOFORMA DI TITOLI D'ACQUISTO  
PER L'AMBITO TERRITORIALE N19**

per il quale si è in possesso di:

#### a) Provvedimento di accreditamento

Atto n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dall'Ambito Territoriale \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara di avere la seguente natura giuridica (*barrare la voce che interessa*):

a) (specificare \_\_\_\_\_)

Regione Campania - Città Metropolitana di Napoli - Comune capofila Afragola (NA) - ex L. 328/00 - L.R. 11/07

Sede Ufficio di Piano: via Don Luigi Sturzo n°12 - 80021 - Afragola (NA)

Comune di Afragola C.F.: 80047540630, P.I.: 01547311215

Tel. 081 8529613; Fax 081 8529623; PEC: [settorequalitaevivibilita@comune.afragola.na.it](mailto:settorequalitaevivibilita@comune.afragola.na.it); mail: [udp@ambitoterritoriali19.it](mailto:udp@ambitoterritoriali19.it)

Sito: [www.ambitoterritoriali19.it](http://www.ambitoterritoriali19.it)



# Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano  
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

CHIEDE di essere iscritto all'albo per la erogazione delle seguenti prestazioni di cui al Regolamento Regionale 4/2014

---

---

---

---

SI ALLEGA ALLA PRESENTE

- autocertificazione del possesso del provvedimento di accreditamento (salvo presentazione del titolo in copia);
- carta di identità in corso di validità del legale rappresentante del soggetto prestatore.
- Altro \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Accetto

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

Timbro e firma del Legale Rappresentante

Regione Campania - Città Metropolitana di Napoli - Comune capofila Afragola (NA) - ex L. 328/00 - L.R. 11/07

Sede Ufficio di Piano: via Don Luigi Sturzo n°12 - 80021 - Afragola (NA)

Comune di Afragola C.F.: 80047540630, P.I.: 01547311215

Tel. 081 8529613; Fax 081 8529623; PEC: [settorequalitaevivibilita@comune.afragola.na.it](mailto:settorequalitaevivibilita@comune.afragola.na.it); mail: [udp@ambitoterritorialen19.it](mailto:udp@ambitoterritorialen19.it)

Sito: [www.ambitoterritorialen19.it](http://www.ambitoterritorialen19.it)