

**Modello B**

*(su carta intestata della struttura)*

**Spett.le DISTRETTO Socio Sanitario RM 5.4**

**Capofila comune di Olevano Romano**

**Via del Municipio n. 1 00035**

OGGETTO: Dichiarazione del permanere di tutti i requisiti previsti per l'accreditamento e iscrizione al Registro distrettuale per le strutture 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 \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Il permanere dei requisiti per l'accreditamento e l'iscrizione 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 – capofila comune di Olevano Romano- ai sensi della DGR 124/2015, per la struttura sopracitata Struttura

---

A tal fine allega alla presente:

- Relazione del Responsabile della struttura circa le attività svolte, da cui si evinca il rispetto dei requisiti di qualità organizzativo – gestionali, ai sensi della DGR 130/2018, firmata dal legale rappresentante e dal responsabile della Struttura;
- Copia documento di identità in corso di validità del legale rappresentante e del responsabile della struttura;
- Relazione annuale che illustra con adeguato livello di dettaglio l'attività svolta nel corso dell'anno, con particolare riguardo ai punti 2.1, 2.2, 3.2, 3.3 e 3.4;
- Relazione annuale degli ospiti in busta chiusa;

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

Firma

---

