

ATTO UNILATERALE D'OBBLIGO

Il/la sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

via _____ n. civico _____

nella qualità di Legale rappresentante dell'Ente _____

cod. fiscale _____ , con sede legale in _____

via _____ n. civico _____ CAP _____

tel. _____ pec _____

che la (Coop./ Fondazione/Ente/Azienda) è iscritta a (barrare con una crocetta):

Albo Registri Regionali C.C.I.A. Tribunale Registro prefettizio Altro

(specificare tipologia e la data di iscrizione _____ n. _____)

Con la sottoscrizione del presente atto assume l'obbligo dell'immediata disponibilità per l'erogazione dei servizi inerenti all'offerta delle prestazioni del "Dopo di Noi" a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – Legge n. 112 del 22.06.2016.

Data

Firma