

Comune/Ambito

ASL di Bergamo
Servizio Accreditamento, Controllo,
Appropriatezza e Qualità
via Galliccioli, 4
24121 BERGAMO

COMUNICAZIONE
di cui all'art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 3/2008

Il / la sottoscritto/a
nato a il
residente a via n.
domiciliato a via n.
in qualità di **legale rappresentante** del soggetto gestore
con sede legale a in via n.
tel..... e-mail..... fax.....
Cod. Fisc. P. IVA

Comunica

- **l'apertura alle medesime condizioni**

di cui all'Autorizzazione/Comunicazione preventiva di esercizio,

prot. n° del

dell'Unità d'Offerta Sociale denominata
sita nel Comune di in via..... n.
n. tel..... e-mail.....

ed adibita a: **Centro Ricreativo Diurno (CRD)**

- **il periodo di attività decorrerà dal al**

Preso visione dei requisiti fissati dalla normativa di riferimento: DGR. N. 11496 del 17. 03. 2010

Dichiara

che tutta la documentazione e le certificazioni a comprova del possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e gestionali di funzionamento sono presenti nella sede dell'Unità d'offerta sociale in apposito faldone a disposizione per il controllo.

In fede

Il Legale Rappresentante
dell'Ente Gestore

Luogo e data.....

Firma e Timbro