

SISTEMA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO DISABILI AI CENTRI DI RIABILITAZIONE PUBBLICI E PRIVATI" NELL'AMBITO PLUS DEL DISTRETTO DI ORISTANO.

<p align="center">SCHEDA ANAGRAFICA IDENTIFICATIVA DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI</p>		
<p align="center">ORGANIZZAZIONE</p>		
Denominazione		
Ragione sociale		
P.IVA/C.F.		
sitoWeb:		
Sede legale: Comune di	Via	n.
Telefono	fax	
E-mail		
<p align="center">ORGANIGRAMMA (ALLEGARE ATTO COSTITUTIVO)</p>		
Presidente/Legale Rappresentante	tel.	
nome e cognome	E.mail	
Responsabile Amministrativo/Contabile	tel.	
nome e cognome	E.mail	
Responsabile della sede operativa	tel.	
nome e cognome	E.mail	
Responsabile del personale	tel.	
nome e cognome	E.mail	
Responsabile D.Lgs 81/2008	tel.	
nome e cognome	E.mail	
Responsabile 196/2003	tel.	
nome e cognome	E.mail	
n. dipendenti alla data domanda		
n. volontari alla data domanda		
<p align="center">referente del servizio trasporti (ALLEGARE CURRICULUM)</p>		
cognome e nome		
reperibilità:tel.	Fax	mail
<p align="center">ACCESSIBILITÀ</p>		
Sede operativa: Comune di	Via	n.
Telefono	fax	

E-mail

Si chiede di indicare brevemente le **STRATEGIE COMUNICATIVE E DI ACCESSIBILITÀ DIGITALE E DI CONTATTO** adottate (WEB, APP, WhatsApp), connesse alla realizzazione delle prestazioni:

RISORSE UMANE E STRUMENTALI

Allegare breve relazione descrittiva dell'organizzazione e dettagliare le risorse umane, strumentali e patrimoniali disponibili (vedasi art. 2.2 PUNTO A del disciplinare).

Data _____

Il legale Rappresentante
Timbro e firma
***allegare fotocopia documento di
identità in corso di validità***

La mancata sottoscrizione della presente è causa di esclusione della presente procedura.