

Spett.le Ufficio Servizi Sociali

Comune di Belpasso

OGGETTO : Scelta della cooperativa – servizio ADA/ADH/ADM

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Presa visione della carta dei servizi della Cooperativa Sociale \_\_\_\_\_

Iscritta al n. \_\_\_\_\_ dell'Albo Distrettuale degli organismi sociali accreditati previsti dal comma 4 dell'art. 1 della legge 328/2000 del Comune di Paternò – Distretto Socio Sanitario D18, con la presente

SCEGLIE

La Cooperativa Sociale \_\_\_\_\_

Per l'intervento \_\_\_\_\_

Belpasso li, \_\_\_\_\_

FIRMA

N.B. Allegare fotocopia del documento di riconoscimento