

Spett.le Ufficio Servizi Sociali

Comune di Belpasso

OGGETTO : Scelta cooperativa per Voucher di servizio servizi aggiuntivi, integrativi e migliorativi per minori studenti disabili frequentanti le scuole dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

tel _____ mail _____

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'espletamento di servizi aggiuntivi, integrativi e migliorativi destinati allo studente minore disabile _____ residente nel Comune di Belpasso.

Data _____

Firma del dichiarante.

n.b. Allegare documento di riconoscimento del dichiarante.