

Spett.le Ufficio Servizi Sociali

Comune di Belpasso

OGGETTO : Scelta della cooperativa-servizio ADA

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