



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48
Comune di

Servizio trasporto disabili

Il / La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in via _____ n. _____
tel. _____

DICHIARA

di scegliere tra le seguenti Cooperative accreditate:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Soc. Coop. L'Albero Siracusa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Coop. Gargallo 2050 - Priolo G. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Coop. Eubios - Siracusa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

La Cooperativa _____

_____ li _____

FIRMA