



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48
Comune di

Servizi residenziali Centri diurni disabili

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

DICHIARA

di scegliere tra le seguenti Cooperative accreditate:

- Coop. Eubios Siracusa
- Coop. Acquarius Siracusa/C.A.H.
- Coop. Antares Modica/C.A.H.
-
-
-
-
-
-
-
-
-

La Cooperativa _____

_____ li _____

FIRMA