DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

Il / La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in via _____ n. _____

tel._____

DICHIARA

di scegliere tra le seguenti Cooperative accreditate:

- ☐ Coop. Futura Palazzolo
- ☐ Coop. Arcobaleno Sortino
- ☐ Coop. Corallo Lentini
- ☐ Coop. Eden Siracusa
- ☐ Coop. L'Albero Siracusa
- ☐ Coop. Prometeo Siracusa
- ☐ Coop. Papa Giovanni Floridia
- ☐ Coop. IRIS Siracusa
- ☐ Coop. S. Maria Rita Siracusa
- ☐ Coop. Acquarius Siracusa
- ☐ Coop. Vita Nuova Floridia
- ☐ Consorzio Mediterraneo Siracusa
- ☐ Coop. Coop.a.s.s. Buccheri
- ☐ Coop. Mondo Nuovo Siracusa
- ☐ Coop. Esperia Siracusa
- ☐ Coop. Umana Siracusa
- ☐ Coop. Spes Ferla
- ☐ Coop. Soc. Sanitaria Siracusa
- ☐ Ass. Floridia Onlus Floridia
- ☐ Coop. Progetti Sociali Siracusa
- ☐ Coop. Emmaus Melilli
- ☐ Coop. La Città del Sole - Buccheri
- ☐ Coop. Sociale Aquarium Siracusa
- ☐ Coop. Sodalis Siracusa
- ☐ Coop. Auxlium Priolo Gargallo
- ☐ Coop. Futura Iblea Melilli
- ☐ Ass. Padre Pio Floridia

La cooperativa _____

_____ lì FIRMA