



## DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

### Servizio di Assistenza Domiciliare Minori

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"/> Coop. Corallo Lentini               | <input type="checkbox"/> Coop. Sodalìs Siracusa      |
| <input type="checkbox"/> Coop. Eden Siracusa                 | <input type="checkbox"/> Ass. Telluris Siracusa      |
| <input type="checkbox"/> Coop. Soc. IRIS Siracusa            | <input type="checkbox"/> Coop. Aquarium Siracusa     |
| <input type="checkbox"/> Coop. Santa Maria Rita Siracusa     | <input type="checkbox"/> Coop. Esperia 2000 Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Acquarius Siracusa            |  |
| <input type="checkbox"/> P.I.C.F.I.C. Padre L.Monti Siracusa |  |
| <input type="checkbox"/> Coop. Emmaus Melilli                |  |
| <input type="checkbox"/> Coop. Mondo Nuovo Siracusa          |  |
| <input type="checkbox"/> Coop. Socio Sanitaria Siracusa      |  |
| <input type="checkbox"/> Ass. Florida Onlus Florida          |  |
| <input type="checkbox"/> Coop. progetti Sociali Siracusa     |  |
| <input type="checkbox"/> Consorzio Mediterraneo Siracusa     |  |

La Cooperativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li

FIRMA