



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili

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

il _____ e residente in via _____ n. _____

tel. _____

DICHIARA

di scegliere tra le seguenti Cooperative accreditate (giuste delib. distrettuali 45/07- 50/07-58/08 -75/09 77/2010):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coop. Corallo Lentini | <input type="checkbox"/> Coop. Coop.a.s.s. Buccheri |
| <input type="checkbox"/> Coop. IRIS Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Mondo Nuovo Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. L'Albero Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Esperia Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Arcobaleno Sortino | <input type="checkbox"/> Coop. Umana Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Eubios Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Spes Ferla |
| <input type="checkbox"/> Coop. Emmaus Melilli | <input type="checkbox"/> Coop. Soc. Sanitaria Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. S. Maria Rita Siracusa | <input type="checkbox"/> Ass. Florida Onlus Florida |
| <input type="checkbox"/> Coop. Acquarius Siracusa | <input type="checkbox"/> Soc. coop. Futura Palazzolo A. |
| <input type="checkbox"/> Ass. Anffas Palazzolo | <input type="checkbox"/> Coop. Progetti Sociali Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Eden Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Sociale Aquarium Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. San Martino Siracusa | <input type="checkbox"/> Consorzio Mediterraneo Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Vita Nuova Florida | <input type="checkbox"/> Associazione Padre Pio Florida |
| <input type="checkbox"/> Coop. Sodalìs Siracusa | |

La Cooperativa _____

_____ lì _____

FIRMA