



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48
Comune di Siracusa

Servizio assistenza autonomia e comunicazione nelle scuole

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

il _____ e residente in via _____ n. _____

tel. _____

DICHIARA

di scegliere tra le seguenti Cooperative accreditate (giusta delibera distrettuale n. 50/07 - 54/08 - 75/09 77/010):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coop. Mondo Nuovo Siracusa | <input type="checkbox"/> Soc. Coop. Vita Nuova Floridia |
| <input type="checkbox"/> Ente Nazionale Sordi Siracusa | <input type="checkbox"/> Ass. Anffas Palazzolo A. |
| <input type="checkbox"/> Coop. Esperia Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Esperia Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Città Nuova Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Umana Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Coop.a.s.s. Buccheri | <input type="checkbox"/> Ass. Floridia Onlus Floridia |
| <input type="checkbox"/> Soc. coop. Futura Palazzolo A. | <input type="checkbox"/> Coop. Progetti Sociali Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Umana Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Arcobaleno Sortino |
| <input type="checkbox"/> Coop. Eden Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. San Martino Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Soc. Coop. L'Albero Siracusa | <input type="checkbox"/> Consorzio Mediterraneo Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Soc. IRIS Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Sodalìs Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Santa Maria Rita Siracusa | |
| <input type="checkbox"/> Soc. Coop. Acquarius | |

La Cooperativa _____

_____ li _____

FIRMA