



## 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 (giuste delibere distrettuali n. 45/07 - 50/07 - 75/09 77/010):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coop. Corallo Lentini               | <input type="checkbox"/> Coop. Sodalìs Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Eden Siracusa                 |   |
| <input type="checkbox"/> Coop. Soc. IRIS Siracusa            |   |
| <input type="checkbox"/> Coop. Santa Maria Rita 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