

RINNOVO DELL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI E ALLE PERSONE IN DIFFICOLTA'.

DICHIARAZIONE DI SCELTA DELLA DITTA EROGATRICE DEL SERVIZIO

Il La sottoscritto/a)..... nato/a il.....
e residente a.....CAP..... in via
Prov.....CodiceFiscale.....Telefono.....
Cellulare.....Email.....

in qualità di

- amministratore di sostegno familiare altro.....

del/la beneficiario/a nato/a il.....
e residente a.....CAP..... in via.....
PROV.....CodiceFiscale.....Telefono.....
Cellulare.....Email.....

per il servizio

- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)
 L.162/98
 Home Care Premium

presso il Comune di

DICHIARO

sotto la mia responsabilità di scegliere la seguente ditta quale soggetto fornitore delle prestazioni di assistenza domiciliare: (indicare con apposita crocetta la ditta prescelta - **INDICARE UNA SOLA SCELTA**)

- Lo Quarter Società Cooperativa Sociale ONLUS**
- Andalas de Amistade Società Cooperativa Sociale Consortile**
- Airone Cooperativa Sociale di Assistenza Onlus**
- Cooperativa Sociale La Gaia Scienza**
- Cooperativa Sos Balaros S.C.S.**
- Consorzio Territoriale Network Etico Italia Soc.Coop.Sociale Consortile ONLUS**
- Cooperativa Sociale Elleuno scs**
- Cooperativa Sociale L'Airone**
- Consorzio La Sorgente**
- Sapere Aude Cooperativa Sociale arl ONLUS**
- Coop.a.s Cooperativa di Assistenza Sociale**

Luogo e data

firma

si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità