



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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coop. Corallo Lentini | <input type="checkbox"/> Associazione Padre Pio Floridia |
| <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. Floridia Onlus Floridia |
| <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 Floridia | <input type="checkbox"/> Coop. Auxilium Priolo Gargallo |
| <input type="checkbox"/> Coop. Sodalìs Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Gargallo 2050 - Priolo G. |

La Cooperativa _____

_____ li _____

FIRMA