

AL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3

“MEDIA VALLE DEL CRATI” - Capofila Montalto Uffugo

OGGETTO: SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (NON IN CDI) E PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI) AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. FONDI PAC 2° RIPARTO- Scelta cooperativa accreditata.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

in riferimento al servizio in oggetto emarginato, con la presente

INDICA

La seguente cooperativa accreditatasi (barrare con una X il soggetto prescelto):

- ADISS MULTISERVICE-SOCIETA' COOPERATIVA**
- COOPERATIVA SOCIALE SINERGIE**
- COOPERATIVA SOCIALE SIRYO C.S.AR.L.**
- DON BOSCO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**
- LUMEN COOPERATIVA SOCIALE**
- ADIS COSENZA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**
- S3 SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS COSENZA**
- SOLIDALE COOPERATIVA SOCIALE**
- V.P.B. SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**
- CRISALIDE COOPERATIVA SOCIALE ONLUS A.R.L.**

FIRMA

N.B. Allegare copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità