



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D48

Servizio di Trasporto Inabili

Il/La Sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ telefono _____

in qualità di _____ beneficiario _____

dichiara

di scegliere, per l'erogazione del servizio, tra tutte le Cooperative accreditate all'Albo del Distretto Socio- sanitario 48, la seguente (barrare con una X la cooperativa scelta):

Coop. L'albero - Priolo G.

Coop. Gargallo 2050 - Priolo G.

Coop. Eubios - Siracusa

Ass. San Domenico Savio - Siracusa

Ass. Co.Re.Si. A.I.A.S. - Catania

Ass. Anffas Palazzolo A.

Coop. Auxilium - Priolo G.

Coop. Esperia 2000 - Siracusa

Ass. La meta - Lentini

Coop. Sicula servizi - Catania

di essere consapevole che la scelta della cooperativa _____

resta valida per tutta la durata del servizio per il quale si esprime la presente preferenza.

Priolo Gargallo, _____

Firma _____