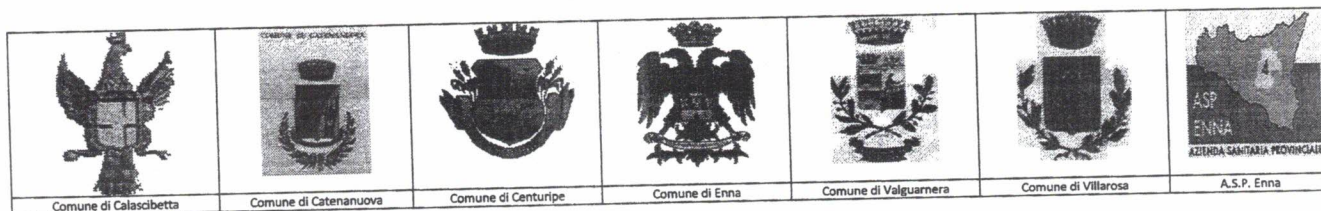


DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D22



CENTRI DI AGGREGAZIONE DISABILI FISICI PSICHICI ALBO DISTRETTUALE ENTI ACCREDITATI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ di essere

residente a _____ in via _____ n. _____

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig./Sig.ra _____

Nat_ a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ tel. _____

INDICA

La seguente Cooperativa Sociale accreditata all'Albo Distrettuale per l'erogazione di servizi a favore di soggetti con disabilità

- ☐ Coop. **Nido D'argento** con sede legale a Partinico, tipologia disabili/ anziani
- ☐ Coop. **Co.Di.La.** con sede legale a Centuripe, tipologia disabili / anziani
- ☐ Coop. **Asmida** con sede legale a Enna, tipologia disabili/anziani/minori
- ☐ Coop. Sociale **"Insieme"** con sede legale a Caltagirone, tipologia disabili/anziani
- ☐ Coop. **Anchorise** con sede legale a Enna, tipologia disabili/anziani/minori
- ☐ Coop. **Golem** con sede legale a Valguarnera tipologia disabili, minori
- ☐ Coop. **Iblea Servizi territoriali** con sede legale a Carlentini tipologia disabili,anziani,minori
- ☐ Coop. **Nuova Sair** con sede legale a Roma tipologia disabili,anziani,minori

Luogo e data _____/_____/2019

Firma

Visto l'assistente sociale
