

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 Codice Fiscale 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 Codice Fiscale 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**)

- ☐ Airone Cooperativa Sociale di Assistenza Onlus (PORTO TORRES)
- ☐ C.S.O.- Centro servizi Osilo
- ☐ Consorzio La Sorgente
- ☐ Consorzio Territoriale Network Etico
- ☐ Coop. Le Ginestres Società Coop. Sociale
- ☐ Coop.A.S. Cooperativa di Assistenza Sociale
- ☐ Coop. Sociale L'Airone (SENNORI)
- ☐ La Gaia Scienza Coop. Sociale
- ☐ Sapere Aude Coop. Soc. ARL Onlus
- ☐ Soc. Coop. Sociale Lo Quarter
- ☐ Sos Balaros S.C.S.

Luogo e data

firma

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