

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.....CodiceFiscale.....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.....CodiceFiscale.....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