



AMBITO TERRITORIALE N.1 DI COSENZA

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA, PERSONE ECONOMICAMENTE FRAGILI, PERSONE ANZIANE

MODULO SCELTA COOPERATIVA SOCIALE

Il/La sottoscritta _____ nato/a _____,
prov. _____ il _____ CAP _____ e residente in _____
Via _____ prov. _____ CAP _____ Tel _____
e-mail _____;

In qualità di

- Diretto interessato
- Amministratore di sostegno/Tutore
- Caregiver familiare

del Sig./ra _____, rapporto di parentela: _____

In qualità di beneficiario idoneo in graduatoria ad usufruire dei servizi domiciliari, tra le Cooperative accreditate presso codesto Ambito Territoriale in elenco, **RICHIESTE** che l'erogazione del Servizio di assistenza domiciliare o per la frequenza presso i Centri Diurni venga effettuato da:

<i>DENOMINAZIONE COOPERATIVA</i>	<i>P. IVA</i>	<i>TELEFONO</i>

(luogo e data)

firma