



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n° _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Chiede

ai sensi delle LL.RR. N.68/81 - 16/86 - 33/91 i sottoelencati servizi

Servizio assistenza autonomia / comunicazione nelle scuole

per il figlio minore _____

Dichiara

Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

- * che autorizza /non autorizza la diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute (L. 675/96 art.20)
- * che autorizza /non autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della L. 675/96.
- * di comunicare tempestivamente dal suo verificarsi il venir meno anche di una sola delle condizioni qui dichiarate per l'erogazione del servizio.
- * si impegna a corrispondere, se dovuta secondo la normativa vigente, la quota di compartecipazione al costo del servizio.

Solarino li _____

Con osservanza

Allega:

- * Verbale di visita medica collegiale ai sensi dell'art. 4 di cui alla legge 104 del 05/02/92
- * Documento di identità del richiedente



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D48

Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

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):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coop. Mondo nuovo - Siracusa | <input type="checkbox"/> Ass. Ente Nazionale Sordi - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Esperia 2000 - Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Citta nuova - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Coop.a.s.s. - Buccheri | <input type="checkbox"/> Coop. Futura - Palazzolo A. |
| <input type="checkbox"/> Coop. Umana - Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Eden - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. L'albero - Priolo G. | <input type="checkbox"/> Coop. Iris - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Santa Maria Rita - Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Acquarius - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Vita nuova - Floridia | <input type="checkbox"/> Ass. Anffas Palazzolo A. |
| <input type="checkbox"/> Ass. Floridia - Floridia | <input type="checkbox"/> Coop. Progetti sociali - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Arcobaleno - Sortino | <input type="checkbox"/> Coop. San Martino - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Consorzio Mediterraneo - Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Sodalis - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Ass. Padre Pio - Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Auxilium - Priolo G. |
| <input type="checkbox"/> Coop. Gargallo 2050 - Priolo G. | <input type="checkbox"/> Coop. Eubios - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Aquarium - Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Aproda - Avola |
| <input type="checkbox"/> Coop. Labeform - Siracusa | <input type="checkbox"/> Ass. Telluris - Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Impr. Soc. Passwork - Canicattini B. | <input type="checkbox"/> Ass. Futura - Solarino |
| <input type="checkbox"/> Coop. Libera...Mente - Palermo | <input type="checkbox"/> Soc. Coop. Corallo - Lentini |
| <input type="checkbox"/> Coop. Spes - Ferla | <input type="checkbox"/> Coop. Coinep - Siracusa |

Ass. La meta - Lentini

Coop. Futura Iblea - Melilli

Coop. Valica - Solarino

Coop. Nido d'argento - Partinico

Ass. APS Ninphea - Floridia

di essere consapevole che la scelta della cooperativa _____

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

Siracusa, _____

Firma _____