



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

Servizio di Assistenza Domiciliare Minori

Il / La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in via _____ n. _____

tel. _____

DICHIARA

di scegliere tra le seguenti Cooperative accreditate:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coop. Corallo Lentini | <input type="checkbox"/> Coop. Sodalìs Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Eden Siracusa | <input type="checkbox"/> Ass. Telluris Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Soc. IRIS Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Aquarium Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Santa Maria Rita Siracusa | <input type="checkbox"/> Coop. Esperia 2000 Siracusa |
| <input type="checkbox"/> Coop. Acquarius Siracusa | |
| <input type="checkbox"/> P.I.C.F.I.C. Padre L.Monti Siracusa | |
| <input type="checkbox"/> Coop. Emmaus Melilli | |
| <input type="checkbox"/> Coop. Mondo Nuovo Siracusa | |
| <input type="checkbox"/> Coop. Socio Sanitaria Siracusa | |
| <input type="checkbox"/> Ass. Florida Onlus Florida | |
| <input type="checkbox"/> Coop. progetti Sociali Siracusa | |
| <input type="checkbox"/> Consorzio Mediterraneo Siracusa | |

La Cooperativa _____

_____ li

FIRMA