

Spett.le Ufficio Servizi Sociali
Comune di Mascalucia

Oggetto: Servizio Assistenza Domiciliare Anziani

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a Mascalucia Via _____

presa visione della carta servizi della Società Cooperativa Sociale _____

_____ iscritta al n. _____ del _____ dell'albo distrettuale degli organismi sociali

accreditati previsti dal comma 4 dell'art. 1 della Legge n.328/2000 del Comune di Gravina-

Capofila del Distretto Socio Sanitario D/19, con la presente

SCEGLIE

la Soc. Coop. Sociale _____

per l'intervento denominato assistenza domiciliare anziani anno 2023 - 2024

ADERISCE

al piano di assistenza personalizzato proposto dalla suddetta Soc. Coop. Sociale conformemente alla carta dei servizi e ai servizi migliorativi/ aggiuntivi proposti.

Mascalucia li _____

Per accettazione
