AL COMUNE DI PALAGONIA

 DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

 Pec: protocollo.palagonia@legalmail.it

\_L\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a Palagonia in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l’elenco delle Cooperative accreditate

MANIFESTA

la propria volontà a che le prestazioni di assistenza domiciliare relative al programma

F.N.A.2024, come meglio indicato nella correlata richiesta, venga fornito dalla Cooperativa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento

Data e luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_ L\_ Sottoscritt\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_