



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 30

Area Omogenea Distrettuale n. 2

Comune di Sant'Angelo di Brolo – Capofila – Comuni di Ficarra, Floresta, Raccuja, Sinagra e Ucria



AL COMUNE DI _____

Oggetto: scelta del soggetto erogatore del servizio.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ residente in

_____ in via _____ n. _____

Cod. fisc. _____ telefono _____

e-mail _____

ovvero (da compilare se il beneficiario è diverso dal richiedente)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ residente in

_____ in via _____ n. _____

Cod. fisc. _____ telefono _____

e-mail _____

in qualità di:

- GENITORE
- ALTRO FAMILIARE (specificare.....)
- CURATORE

CAREGIVER

Di:

nome e cognome _____

nato/a _____ il _____ prov. _____

residente in _____ via _____ n. _____

cod. fisc. _____

PRESO ATTO del Soggetto erogatore accreditato presso l' AOD n. 2 – DSS 30 con il verbale n. 1 del 06/05/2024 per la gestione degli interventi e/o servizi di natura socio assistenziale.

DICHIARA

Nell'ambito dei Servizi erogabili indicati nel proprio Patto di Assistenza Individualizzato, sottoscritto in data _____ con l'Assistente Sociale Comunale

1. Di scegliere per il servizio su indicato il seguente soggetto erogatore:

- Ditta Servizi Duemila, Società Cooperativa Sociale, via Lucio Piccolo di Calanovella, 16/18 - 98061, con sede in Brolo (ME);
- Ditta Cooperativa Sociale Servizi S. Filippo S.R.L., Via Del Mare n. 132, - 98050, con sede a Terme Vigliatore(ME).

2. Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. 445/2000;

3. Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000;

4. Di autorizzare l'amministrazione e gli uffici comunali al trattamento dei dati personali e sensibili per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della Legge 675/96 e del D.Lgs. 196/2003;

5. autorizza altresì, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

ALLEGA:

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Luogo e Data

Firma
