



**ALLEGATO "A" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO PROGRAMMA ASSISTENZIALE
PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALLA EROGAZIONE DI VOUCHER DI SERVIZIO**

Spett.le Ufficio di Servizi sociali

del Comune di _____

Oggetto: Scelta ETS su intervento piano personalizzato L.328/00

**Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato /a _____ il
_____ residente a _____ via _____**

presa visione della carta dei 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 328/2000 del Comune di Gravina di Ct -
Capofila del Distretto Socio sanitario 19, con la presente**

SCEGLIE

L'ETS/cooperativa sociale _____

per l'intervento denominato _____

ADERISCE

**- al piano personalizzato proposto dall'ETS/ Società coop.
sociale _____**

**- conformemente alla carta dei servizi ai seguenti servizi migliorativi/aggiuntivi
proposti _____**

Comune di _____ lì _____

Per accettazione

firma/famiglia _____