

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA -
CAMPOROTONDO -SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE -
NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

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

Spett.le Comune di _____

Oggetto: intervento denominato _____

Dichiarazione sulla correttezza del servizio reso

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

in qualità di Utente beneficiario del servizio denominato _____

oppure Familiare dell'utente

(nome e Cognome) _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via/piazza _____

DICHIARA

che la società cooperativa sociale _____ ha prestato il servizio in
oggetto nel periodo di _____ consistente nelle prestazioni di _____ e per
n. _____ ore complessive pari a _____ in favore del proprio familiare con correttezza e
puntualità.

_____ li _____

il Dichiarante
