

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 "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: intervento piano personalizzato L.328/00 - Adesione _____

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

La società cooperativa sociale _____

per l'intervento denominato _____

ADERISCE

- al piano di assistenza personalizzato proposto dalla Società coop.
sociale _____

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

Comune di _____ lì _____

Per accettazione

firma/famiglia _____