**COMUNE DI GERACI SICULO**

Ufficio Servizi Sociali

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI E PERSONE CON DISABILITA’ (ADA- ADPD)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di:

* Utente del Servizio Domiciliare Anziani/Persone con Disabilità
* Referente familiare dell’Utente Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che in relazione al SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI E di PERSONE CON DISABILITA’ mediante rilascio di voucher sociali intende usufruire del servizio reso dal seguente Ente, regolarmente iscritto all’Albo Comunale dei soggetti accreditati:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***N.*** | ***Operatore Concorrente*** | ***Sede Legale*** |
|  |  |  |

***Nota***: le carte dei servizi dei soggetti sopra elencati sono disponibili per la consultazione presso l’ufficio servizi sociali del Comune di Geraci Siculo.

Geraci Siculo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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