

**Al Responsabile del Settore Organi Istituzionali e Servizi Sociali
Comune di Belpasso
Piazza Municipio s.n.
Belpasso**

Oggetto : Scelta della Cooperativa – servizio di trasporto disabile centri riabilitativi/scolastici

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ tutore e/o genitore del disabile _____

FREQUENTANTE

Centro riabilitativo _____

Scuola _____

TEL: _____

presa visione dell'Albo degli Enti Accreditati della Città Metropolitana di Catania così come previsto dal comma 4 dell'art 1 della Legge 328/00 con la presente

SCEGLIE

La Cooperativa Sociale

per l'intervento

alla presente si allega documento di riconoscimento

Belpasso Li

Firma