

**Al Responsabile del Settore Servizi Sociali
Comune di Belpasso**

Oggetto : Scelta della Cooperativa –autonomia e comunicazione

Il Sottoscritto/a _____ nato/a _____

–

il _____ genitore dell'alunno _____

Classe _____ Scuola _____

TEL: _____

presa visione della Carta dei servizi della Cooperativa Sociale iscritta al n.....- dell'Albo Distrettuale degli organismi sociali accreditati previsti dal comma 4 dell'art 1 della Legge 328/00 del Comune di Paternò'- distretto Socio Sanitario D/18 con la presente

SCEGLIE

La Cooperativa Sociale

per l'intervento

alla presente si allega documento di riconoscimento

Belpasso Lì

Firma