

MITT. Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**90020 Castellana Sicula**

**OGGETTO: Scelta Operatore Attivazione azione n. 3 “Assistenza domiciliare anziani non autosufficienti” – Piano di Zona 2021- Scelta Operatore.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Castellana  
Sicula in Via \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

nella qualità di :

- Soggetto interessato;
- Familiare dell'utente Sig. \_\_\_\_\_

avendo preso visione dell'elenco degli Enti iscritti all'Albo del Distretto Socio-sanitario n. 35, per la tipologia di servizio di Assistenza ai disabili, comunica a codesto Spett.le Ufficio Servizi Sociali del comune che intende avvalersi della seguente Cooperativa Sociale, Ente o Associazione :

\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.-

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Castellana Sicula \_\_\_\_\_

Il richiedente/beneficiario

\_\_\_\_\_