

- **Allegare scelta della Cooperativa;**

Data

Firma del dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dei procedimenti per la quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del dichiarante

Spett.le Ufficio Servizi Sociali

Comune di Mascalucia

OGGETTO : Scelta cooperativa per Voucher di servizio per studenti minori disabili. A. S. 2022-23

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

tel _____ mail _____

Preso 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 328/2000 del Comune di Gravina di Catania – Distretto Socio Sanitario D19 , con la presente

SCEGLIE

La Cooperativa Sociale _____

Per l'espletamento di servizi aggiuntivi, integrativi e migliorativi destinati allo studente minore disabile
_____ residente nel Comune di
Mascalucia.

Data

Firma del dichiarante.
