Distretto 22
Socio Sanitario
Enna Comune capofila
Ufficio del Piano di Zona
Dirigente dell'Area Dott. L. Lipari
Titolare E.Q. Dott.ssa M.L. Navarra
Via della Resistenza, 1 – tel. 0935.40232
protocollo@pec.comune.enna.it

Al Comune di…….

OGGETTO: **DISABILITA' GRAVE – Scelta Ente per l'esecuzione del servizio**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il_____ residente a _____in via _____

in riferimento al servizio di cui all'oggetto, con la presente

INDICA

la seguente impresa accreditatasi quale soggetto produttore di servizi e prestazioni assistenziali alla sezione DISABILI - Distretto socio sanitario di Enna:

(barrare con una X il soggetto prescelto):

- ☐ Coop. Soc. Co.Di.La – Det. Dir. Accreditamento n. 144 del 28.4.2015
- ☐ Coop. Soc. Asmida – Det. Dir. Accreditamento n. 501 del 7.11.2012
- ☐ Coop. Soc. Insieme – Det. Dir. Accreditamento n. 501 del 7.11.2012
- ☐ Coop. Soc. Anchise– Det. Dir. Accreditamento n. 128 del 1.3.2013
- ☐ Coop. Soc. Golem – Det. Dir. Accreditamento n. 477 del 20.9.2018
- ☐ Coop. Soc. Iblea Servizi Territoriali – Det. Dir. Accreditamento n. 304 del 17.6.2019
- ☐ Coop. Soc. Nuova Sair – Det. Dir. Accreditamento n. 307 del 17.6.2019
- ☐ Coop. Soc. Arcobaleno- Det. Dir. Accreditamento n. 389 del 13.05.2021
- ☐ Coop. Soc. La Contea- Det. Dir. Accreditamento n. 839 del 07.10.2021
- ☐ Coop. Solidarietà Erbitense- Det. Dir. Accreditamento n. 193 del 23.02.2022
- ☐ Coop. Soc. Gaia- Det. Dir. Accreditamento n. 615 del 04.07.2022
- ☐ Coop. Soc. Farsi Prossimo- Det. Dir. Accreditamento n. 376 del 17.04.2024
- ☐ Coop. Soc. Controvento- Det. Dir. Accreditamento n. 567 del 10.06.2024
- ☐ Associazione Hope APS- Det. Dir. Accreditamento n. 1046 del 08.11.2024
- ☐ Coop. Nikos- Det. Dir. Accreditamento n. 107 del 03.02.2025

Luogo e data_____

FIRMA

_____