



PLUS

Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

MODULO DI SCELTA

**DEL FORNITORE ISCRITTO AL CATALOGO REGIONALE RIVOLTO AI
SOGGETTI DEL TERZO SETTORE/LIBERI PROFESSIONISTI
PROGRAMMA “DOPO DI NOI” L.112/16**

Il/La sottoscritto/a nato/a a(prov.....)
il/...../..... e residente invia.....n.
(prov.....) tel.domiciliato.....

Se la scelta è fatta da persona diversa dall'interessato

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....(prov.....)
il/...../..... e residente in.....via.....n.
tel. **in qualità di**¹.....

(del beneficiario ammesso).....

nato/a a.....(prov.....) il...../...../.....e residente in
via.....n.....(prov.....) tel.....

SCEGLIE

per l'elaborazione e la realizzazione del progetto personalizzato operativo previsto dal programma il seguente **Fornitore Regionale**:

VETRINA PROGETTI INCLUSIONE SOCIALE	
Itaca societa cooperativa sociale	<input type="checkbox"/>
Airone cooperativa sociale di assistenza	<input type="checkbox"/>
Onlus Villa Chiara soc. coop Sociale	<input type="checkbox"/>
La Gaia Scienza società coop.va sociale	<input type="checkbox"/>
Cooperativa sociale ALEA	<input type="checkbox"/>
Insieme società cooperativa sociale	<input type="checkbox"/>
Incontrocorrente	<input type="checkbox"/>
San Damiano Società Cooperativa Sociale	<input type="checkbox"/>
Liber Società Cooperativa sociale	<input type="checkbox"/>

Data di consegna.....

¹Un incaricato della tutela o un amministratore di sostegno

Firma beneficiario

.....

Il presente modulo di scelta, debitamente compilato, dovrà essere consegnato al Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale e Pari Opportunità(Da adattare per comune), sede territoriale di riferimento, **entro il _____(non oltre dieci (10) giorni dalla data di consegna)**

Per accettazione incarico

Firma Rappresentante Legale Fornitore