



**PLUS**  
**Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino**  
**MODULO DI SCELTA**

**DEL FORNITORE ISCRITTO ALL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI DOMICILIARI**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (prov.....)  
il ...../...../..... e residente in ..... via..... 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<sup>1</sup>**.....  
(del minore disabile, adulto disabile, anziano).....  
nato/a a..... (prov.....) il...../...../..... e residente in .....  
via..... n..... (prov.....) tel.....  
domiciliato..... impossibilitato ad effettuare la scelta per.....

**SCEGLIE**

per l'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare individuate nel Progetto Assistenziale/Educativo Individualizzato (PAI/PEI), **il Fornitore Accreditato** per Area di Accreditamento:

<b>1^ SEZIONE</b> <b>Interventi Socio-Assistenziali</b>		<b>2^ SEZIONE</b> <b>Interventi socio-educativi a favore della disabilità</b>	
Società Cooperativa Sociale La Luna s.c. a r.l	<input type="checkbox"/>	Società Cooperativa Sociale La Luna s.c. a r.l	<input type="checkbox"/>
La Gaia Scienza Coop. Soc. a r.l	<input type="checkbox"/>	La Gaia Scienza Coop. Soc. a r.l	<input type="checkbox"/>
Consorzio Territoriale NetWork Etico Italia Soc. Coop. Sociale Consortile Onlus	<input type="checkbox"/>	Consorzio Territoriale NetWork Etico Italia Soc. Coop. Sociale Consortile Onlus	<input type="checkbox"/>
Coop.a.s. Cooperativa di assistenza sociale	<input type="checkbox"/>	Coop.a.s. Cooperativa di assistenza sociale	<input type="checkbox"/>
Airone Cooperativa Sociale di assistenza Onlus a r.l.	<input type="checkbox"/>	Airone Cooperativa Sociale di assistenza Onlus a r.l.	<input type="checkbox"/>
Costituenda Associazione Temporanea d'Impresa. - Il Sogno	<input type="checkbox"/>	Costituenda Associazione Temporanea d'Impresa. - Il Sogno	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>Un incaricato della tutela o un amministratore di sostegno o un titolare della potestà genitoriale o un familiare di riferimento.

Consorzio Parsifal Consorzio di Cooperative Sociale - Soc Coop	<input type="checkbox"/>	Consorzio Parsifal Consorzio di Cooperative Sociale - Soc Coop	<input type="checkbox"/>
-----		San Damiano Coop. Sociale	<input type="checkbox"/>

Il presente modulo di scelta, debitamente compilato, dovrà essere consegnato al Settore Coesione Sociale e Pari Opportunità, sede territoriale di riferimento, **entro e non oltre sette giorni dalla data di emissione**, pena l'annullamento del buono di servizio n°.....del.....

Data di emissione.....

Data di consegna.....

*Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, si autorizza il trattamento dei dati che saranno utilizzati dal Settore Coesione Sociale e Pari Opportunità per l'erogazione degli interventi e servizi domiciliari e comunicati al Fornitore Accreditato che effettuerà i singoli interventi di sostegno ed assistenza.*

Firma'.....