



Al Sig. Sindaco del Comune di Catania
Direzione Famiglia e Politiche Sociali
P.O. Anziani - Disabilità

Oggetto: Scelta Ente / Associazione Assistenziale / Cooperativa Sociale per l'espletamento del servizio di assistenza igienico personale in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, le scuole primarie e secondarie di primo grado, anno scolastico 2020/2021

___/___/___ sottoscritt _____

nat ___ a _____ il _____ residente a Catania, in

via _____ n. _____ tel. _____

email / PEC _____

esercente la potestà su _____

nat ___ a _____ il _____ residente a Catania, in

via _____ n. _____, iscritto alla scuola _____

Infanzia

primaria

Secondaria I°

Plesso _____

DICHIARA

di avere preso visione dell'elenco comunale degli Enti / Associazioni Assistenziali / Cooperative Sociali accreditati per l'espletamento del servizio di assistenza igienico personale in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, le scuole primarie e secondarie di primo grado, anno scolastico 2020/2021, e di

SCEGLIERE

L' Ente / Associazione Assistenziale / Cooperativa Sociale _____
(nome dell'Ente)

Catania, li _____

FIRMA
