**Azienda consortile Agro Solidale Ambito S01-3**

**Alla c.a. del Direttore generale**

**Via M. Pittoni,**

**E p.c. All’assistente sociale del Comune di residenza**

**OGGETTO:** Modulo dell’utente per la scelta del soggetto erogatore del servizio di Trasporto sociale per disabili

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, utente del Servizio ADA - ADH - ADA PAC - Trasporto Sociale, assegnatario di n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore/giorni mensili

**COMUNICA**

Alle SS.LL. che per l’erogazione del Servizio di Trasporto Sociale **Sceglie** dall’ALBO di ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI EROGATORI DELL’AMBITO S01-3 Azienda Consortile Agro Solidale il seguente soggetto accreditato erogatore:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto specifica che il servizio sarà svolto nei seguenti giorni ed ore:

|  |  |
| --- | --- |
| Lunedì | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Martedì | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mercoledì | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Giovedì | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Venerdì | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sabato | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domenica | □ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**LUOGO E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **L’UTENTE** | **Per accettazione**  **IL SOGGETTO EROGATORE/ACCREDITATO** |

**Informativa**

1. Il modulo deve essere compilato da un utente o da un familiare;
2. Il modulo deve essere consegnato entro 7 giorni dalla firma;
3. Il modulo originale deve essere consegnato al Protocollo di Agro Solidale, Pagani Via Pittoni, 1 e una copia deve essere consegnata all’assistente sociale dei servizi sociali del Comune di residenza;
4. L’utente s’impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa al servizio agli Uffici di Agro Solidale e all’assistente sociale dei servizi sociali del Comune.