Al Servizio Sociale del Co	mune di	
Oggetto: Scelta de		rogherà le prestazioni relative al Servizi
Professionali Specialistici (SPS) nella modalità dell'accreditamento.		
II sottoscritto		in qualità di:
□ Beneficiario		III qualita ui.
□ Familiare		
= 7 mag (opcomedic)		
del/la Sig./ra		
<u> </u>		
fruitore del voucher so	ociale per prestazioni relative a S	ervizi Professionali Specialistici dal Comune di
DICHIARA		
di essere stato informato sulle procedure di erogazione del voucher sociale per le prestazioni relative		
ai Servizi Professionali Sp	pecialistici (SPS) e di accogliere la p	proposta di erogazione del servizio in tal senso.
A tal fine, avendo preso v	visione dell'Albo Fornitori accreditat	i, delle Carte dei Servizi e della Graduatoria di
Merito dichiara di aver	scelto liberamente, per l'effettuaz	zione del Servizi Professionali Specialistici, il
seguente Fornitore:		
Firma		
		
Luogo	Data	

(Modulo Scelta del Fornitore)