

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO AG/7



Menfi



Sambuca di Sicilia



S. Margherita Belice



Sciacca



Caltabellotta



Montevago



A.S.P. Agrigento

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**Buono sociale n. \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_ (prot. istanza n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ )**

**Intestato al/la Sig./ra \_\_\_\_\_**

**Valore economico corrispondente ad € \_\_\_\_\_  
(indicare importo contributo accordato) erogato dal Comune di Sciacca, capofila  
Distretto SS/7**

**Beneficiario iniziativa \_\_\_\_\_**

**Attività/interventi da realizzare**

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

**Presso \_\_\_\_\_**

**secondo "piano individualizzato" (Art. 14 L. 328/00) sottoscritto il \_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_**

**L'ASSISTENTE SOCIALE REFERENTE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA ASSEGNATARIO/A CONTRIBUTO**

\_\_\_\_\_