

All. D)

**MODELLO PER LA RENDICONTAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO SERVIZIO DI
TRASPORTO DISABILI PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE SEMIRESIDENZIALI**

**Al Consorzio Sociale Valle dell'Irno
Ambito S6**

Il sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ e residente in _____ alla Via
_____ C.F. _____ Tel. _____

In qualità di _____ di _____
nat_ a _____ il _____ e residente in _____
alla Via _____ C.F. _____

A T T E S T A

le frequenze al Centro di Riabilitazione semiresidenziale di seguito riportate:

MESE DI _____

DATA	CENTRO	FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE DEL CENTRO



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO•56

Data _____

In fede

Via Aldo Moro
84081 Baronissi (Sa)
Telefono 089/9760053
consorziovalleirnos6@pec.it
segreteria@consorziovalleirnos6.it
C.F. 05535170657 - P.IVA 05535170657



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO•56

Via Aldo Moro
84081 Baronissi (Sa)
Telefono 089/9760053
consorziovalleirnos6@pec.it
segreteria@consorziovalleirnos6.it
C.F. 05535170657 - P.IVA 05535170657