



**MODULO DI ACCETTAZIONE DEL SERVIZIO
PER L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO INTEGRATIVO**

COMUNE DI _____

Il sottoscritto _____

Residente in _____ Via _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____ Ufficio _____

Dichiara

di accettare la quota di compartecipazione mensile stabilita, dall'Azienda Speciale Consortile per la Gestione delle Politiche Sociali dell'Ambito Territoriale A1.

Quota mensile: € 35,00

di impegnarsi a rispettare le indicazioni relative alle disposizioni ministeriali, regionali e/o di altre autorità in materia di sicurezza sanitaria finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del contagio da COVID-19, in vigore oppure intervenenti in corso di attuazione del servizio.

Data _____

Firma _____