



**AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI**  
*Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio*  
Sede legale: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)  
Sede operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)  
**Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299**  
 Mail: [segreteria@aziendasocialeclv.it](mailto:segreteria@aziendasocialeclv.it)  
 PEC: [asclv@pec.aziendasocialeclv.it](mailto:asclv@pec.aziendasocialeclv.it)  
**P.I. 02945720130**

**PATTO DI ACCREDITAMENTO PER L’EFFETTUAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO ALUNNI DISABILI VOUCHERIZZATO**

**Scheda identificativa dell’organizzazione**

Denominazione organizzazione .....

Partita IVA/C.F. ....

Eventuale sito web .....

Sede legale: comune di ..... via .....

Telefono .....

Fax .....

e-mail .....

Sede operativa: comune di ..... via .....

Telefono .....

Fax .....

e-mail .....

apertura la pubblico nei giorni .....

dalle ore ..... alle ore .....

Altre sedi:

.....

**Responsabile Legale** .....

Telefono .....

**Responsabile Amministrativo/Contabile** .....

Telefono .....

**Responsabile del servizio di trasporto** .....

Reperibile al seguente telefono/Fax .....

Data .....

Il Legale Rappresentante

.....