

MODELLO A – FAC SIMILE VOUCHER/BUONO ACQUISTO

BENEFICIARIO:
PRESTAZIONE INTEGRATIVA RICHIESTA:
PERIODO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO:
SPESA MENSILE:
SPESA TOTALE PER L'INTERA DURATA DEL PROGETTO:

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc. _____

Codice fiscale tel/cell _____

DICHIARA

- ai sensi del DPR 445/2000 di essere

Beneficiario del voucher Home Care Premium 2017

Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2017"

- di aver scelto come erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto:

_____, iscritto al registro del "volontariato sociale e del terzo settore" dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei, per le seguenti prestazioni:

Servizi professionali domiciliari

Altri servizi professionali domiciliari

Servizi e strutture a carattere extra domiciliare

Sollievo

Trasferimento assistito

Supporti

Percorsi di integrazione scolastica

Servizi di valorizzazione delle disabilità e inserimento occupazionale

Servizi per minori affetti da autismo

Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili

per l'importo totale di euro (€): _____ /in lettere _____

Di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Soggetto erogatore (cooperative sociali associazioni di volontariato e altri organismi) _____

_____ con sede legale (Comune) _____

_____ P. IVA _____ Rappresentante legale

_____ e-mail/Pec _____

Tel. _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di essere iscritto al registro del Volontariato sociale e del terzo settore dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei e di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative previste dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2017 (_____

per l'importo totale di euro (€) _____)

N.B: il suddetto modulo va redatto in duplice copia di cui una trattenuta dal soggetto beneficiario e l'altra dal soggetto erogatore il quale avrà cura di inviarla all'Ufficio di Piano, prima dell'erogazione del servizio, in caso contrario non si provvederà alla liquidazione. Nel caso in cui il beneficiario usufruisca di diverse prestazioni e intenda affidarle a diversi soggetti erogatori, dovranno essere compilati tanti modelli quanti sono i diversi soggetti erogatori.

Firma del Beneficiario/Responsabile
Progetto Home Care Premium 2017

Firma/timbro del soggetto erogatore