

REVOCA AFFIDAMENTO E NUOVO AFFIDAMENTO

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc. _____

Codice fiscale tel/cell _____

DICHIARA

- di aver revocato l'affidamento delle prestazioni integrative nei confronti del soggetto erogatore:

_____ a far data dal _____ e che la stessa ha erogato le prestazioni di _____ per n. ore _____ fino alla data del _____ per un importo totale pari ad € _____;

- di aver scelto come soggetto erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto: _____, iscritto al registro del "volontariato sociale e del terzo settore" dell'Ambito Sarrabus Gerrei, per le seguenti prestazioni:

- Servizi professionali domiciliari**
 - Servizi e strutture a carattere extra domiciliare**
 - Sollievo**
 - Trasferimento assistito**
 - Supporti**
 - 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 (€) _____

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 2014 (_____) 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