



ARMUNGIA

BALLAO

CASTIADAS

MURA VERA

SANNICOLO'

SAN VITO

SILIUS

VILLAPUTZU

VILLASALTO

VILLASIMIUS

UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS
UFFICIO DI PIANO
AMBITO PLUS SARRABUS GERREI



MODELLO E

REVOCA AFFIDAMENTO

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc. _____

Codice fiscale _____ tel/cell _____

DICHIARA

- di voler revocare l'affidamento delle prestazioni integrative nei confronti del soggetto erogatore:

- a far data dal _____ e che lo stesso ha erogato le prestazioni di _____

per n. ore _____ fino alla data del _____

per un importo totale pari ad € _____;

Di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

Soggetto erogatore _____

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 di Fornitori di servizi socio assistenziali dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei e di aver erogato le prestazioni integrative previste dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2022 (_____) 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 2022

Firma/timbro del soggetto erogatore
