



ARMUNGIA



BALLAO



CASTIADAS



MURAVERA



SANNICOLÒ



SAN VITO



SILIUS



VILLAPUTZU



VILLASALTO



VILLASIMIUS



UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS

UFFICIO DI PIANO - AMBITO PLUS SARRABUS GERREI

MODELLO A – BUONO ACQUISTO

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

DICHIARA

- ai sensi del DPR 445/2000 di essere
 - Beneficiario del voucher Home Care Premium 2022**
 - Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2022"**
- di aver scelto per lo svolgimento della prestazione integrativa _____
 appartenente ad una delle seguenti categorie previste dal Bando HCP_2022:
 - Servizi professionali domiciliari**
 - Altri servizi professionali domiciliari**
 - Servizi e strutture a carattere extra domiciliare**
 - Sollievo**
 - Trasferimento assistito**
 - Supporti**
 - Percorsi di integrazione scolastica**
 - Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e l' inserimento occupazionale**
 - Servizi per minori affetti da autismo**
 - Servizio di attività sportive**

il soggetto: _____

iscritto al Registro di Fornitori di servizi socio assistenziali dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei;

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

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

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 di Fornitori di servizi socio assistenziali *dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei* e di impegnarsi ad erogare 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