# UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS UFFICIO DI PIANO

**AMBITO SARRABUS GERREI**

**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 2019

* **Responsabile/dante causa del Piano “Home Care premium 2019”**
* 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**

**valorizzazione delle disabilità e inserimento occupazionale**

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 2019 (

 , 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 2019 Firma/timbro del soggetto erogatore

***ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’IN CORSO DI VALIDITA’ DEI FIRMATARI***