# UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS UFFICIO DI PIANO

**AMBITO SARRABUS GERREI**

**MODELLO E**

**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:

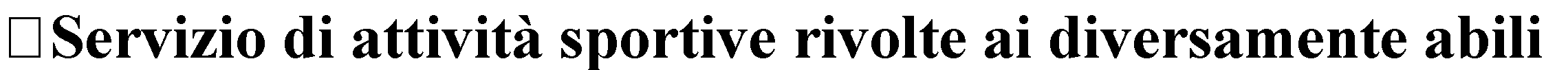
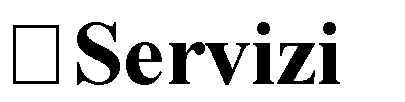
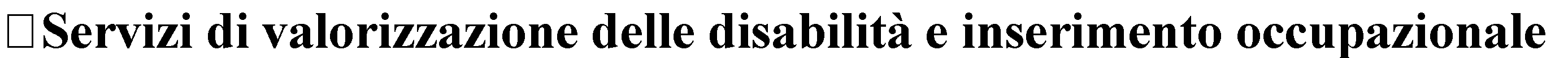
a far data dal e che la stessa ha erogato le

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**

**per minori affetti da autismo**

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 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***