

**OGGETTO: PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2019 – RICHIESTA REVOCA DELL'INCARICO AL SOGGETTO EROGATORE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Loc. \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

- Beneficiario del voucher Home Care Premium 2019**
- Responsabile del Progetto Home Care Premium 2019 in favore di**  
\_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga revocato l'incarico per la realizzazione delle Prestazioni Integrative di cui al Progetto HCP 2019 al  
Soggetto erogatore \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E DICHIARA**

che il Soggetto erogatore sopra generalizzato ha erogato le prestazioni di

\_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ fino alla data  
del \_\_\_\_\_ per un importo totale pari ad €  
\_\_\_\_\_ (come da *Modello B* allegato).

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_  
Luogo data

Firma del Beneficiario/Responsabile

\_\_\_\_\_

**Si allega alla presente:**

- 1) copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante**