



MODELLO A – VOUCHER

BENEFICIARIO:
PRESTAZIONE INTEGRATIVA RICHIESTA:
PERIODO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO:
ORE MENSILI MAX:
BUDGET TOTALE MAX 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 2017
 Responsabile del Progetto Home Care Premium 2017
 - di aver scelto come Soggetto erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto:
 _____, iscritto al "Registro degli Organismi del Terzo Settore del Plus 21",
 per le seguenti prestazioni _____
 per l'importo totale max di euro (€) _____
 - di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Soggetto erogatore

_____ con sede legale
 (Comune) _____ P. IVA / C.F. _____
 Rappresentante legale _____ e-mail/Pec _____

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di essere iscritto al "Registro degli Organismi del Terzo Settore del Plus 21" e di impegnarsi ad erogare la seguente prestazione integrativa prevista dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2017:
 _____,
 per l'importo totale max di euro (€) _____

N.B.: il suddetto modulo va **compilato** in ogni sua parte **dal soggetto beneficiario e dal soggetto erogatore**, il quale avrà cura di inviarlo al Plus 21, *entro e non oltre il giorno successivo alla sottoscrizione*. 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.

_____, li _____
 Luogo data

Firma del Beneficiario/Responsabile
 Progetto Home Care Premium 2017

Firma/timbro del soggetto erogatore

Firma/timbro del Resp.le
 Area Socio-Culturale

 Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dei sottoscrittori