

MODELLO C

All'Ente gestore dei servizi associati del PLUS 21
presso Comune di Settimo San Pietro
Piazza Pertini n. 1
09040 Settimo San Pietro – Ca -

OGGETTO: PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2017 – 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 2017**
- Responsabile del Progetto Home Care Premium 2017 in favore di**
_____, C. F. _____

CHIEDE

che venga revocato l'incarico per la realizzazione delle prestazioni integrative di cui al Progetto HCP 2017 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**