

PIANO UTILIZZO SETTIMANALE VOUCHER

UTENTE	
COD. FISC.	
REC. TEL.	
DATA ATTIVAZIONE SERVIZIO SAD	

PRESTAZIONI AUTORIZZATE

TIPOLOGIA INTERVENTO	<input type="checkbox"/> SOCIO-ASSISTENZIALE COMPLESSO <input type="checkbox"/> SOCIO-ASSISTENZIALE SEMPLICE
PERSONALE ASA	<input type="checkbox"/>
PERSONALE ASSISTENTE FAMILIARE	<input type="checkbox"/>
TEMPO PREVISTO SINGOLO INTERVENTO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 45 minuti <input type="checkbox"/> 60 minuti <input type="checkbox"/> TEMPO MISTO
N. ACCESSI SETTIMANALI	
COSTO ORARIO VOUCHER	€
QUOTA CARICO UTENTE	€
QUOTA CARICO COMUNE	€

timbro

Firma Responsabile di servizio e/o Responsabile del procedimento

SCELTA ENTE EROGATORE SERVIZIO S.A.D.

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a..... il residente a

In via n

(eventuale) in qualità di delegato del/la sig/ra

Nato/a a..... il residente a

In via n

Preso atto che le cooperative accreditate al servizio in oggetto sono le seguenti:

SCEGLIE quale ente accreditato, erogatore del servizio _____

(Eventuale) attraverso la consorziata _____

FIRMA

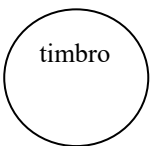
.....

Il sottoscritto in qualità di referente dell'Ente

.....

DICHIARA

di accettare l'incarico per l'erogazione dei voucher SAD. come indicato nel presente Piano di Utilizzo del voucher



FIRMA