

## PIANO UTILIZZO SETTIMANALE VOUCHER

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

### PRESTAZIONI AUTORIZZATE

TIPOLOGIA INTERVENTO	<input type="checkbox"/> Servizio igiene alla persona <input type="checkbox"/> Servizio igiene all'abitazione <input type="checkbox"/> Servizi complementari
PERSONALE ASA	
TEMPO PREVISTO SINGOLO INTERVENTO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 45 minuti <input type="checkbox"/> 55 minuti <input type="checkbox"/> TEMPO MISTO
N. ACCESSI SETTIMANALI	
<b>COSTO ORARIO VOUCHER</b>	€
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**

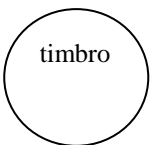
.....

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**