



**PROTOCOLLARE PRESSO COMUNE DI PROPRIA RESIDENZA**

**(Allegato 3)**

**PROGETTO B2 DGR 2033/2024**  
**VOUCHER Intervento 4.1 - 4.2 - 4.3**

(da allegare all'Istanza compilato e sottoscritto a cura della famiglia ed ente gestore)

**BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLA Tipologia intervento concordato da Famiglia/ Beneficiario/Ente gestore:**

**Intervento 4.1 VOUCHER SOCIALE DOMICILIARITA' in favore di persona:**

**ANZIANA**    **ADULTA**    **MINORE**

**Intervento 4.2 VOUCHER SOCIALE COMPLESSO SOCIO-EDUCATIVO ADULTI**

**Intervento 4.3 VOUCHER SOCIALE COMPLESSO SOCIO-EDUCATIVO MINORI**

**1. BENEFICIARIO**

Sig./Sig.ra.....Tel.....

Mail.....

**2. FAMILIARE Referente del Progetto/**

Nome e Cognome .....Tel.....

Mail.....PEC.....

**3. IL SOGGETTO EROGATORE**

Denominazione .....

Indirizzo sede legale .....

Partita IVA/C.F. ....

Telefono ..... Indirizzo mail .....

Indirizzo pec .....

**IBAN** .....



#### 4. OPERATORE REFERENTE DEL PROGETTO

Nome e Cognome .....Tel.....

Mail.....

#### DESCRIZIONE DEL PROGETTO

( OBIETTIVI/TIPOLOGIA INTERVENTI) .....

PERSONALE COINVOLTO .....

DURATA DEL PROGETTO - PROPOSTA data inizio..... data fine.....  
(compreso tra il 1.07.2024 e il 30.06.2025)

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO.....

#### COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO (IVA INCLUSA)

NUMERO DI INTERVENTI E PERIODICITÀ DI FREQUENZA (settimanale, mensile es. 1 a settimana per 6 mesi)  
.....

Costo orario .....Costo complessivo.....

Timbro e Firma soggetto erogatore: .....

Firma famiglia: .....

Servizio Sociale: .....

***(Per l' informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nella "Informativa sul Trattamento dei Dati Personali " Avviso Pubblico E Criteri Distrettuali Per L'erogazione Di Misure A Favore Delle Persone Con Disabilità Grave E Anziani Non Autosufficienti Dgr 2033/2024 e nel Modulo Istanza)***