



PROTOCOLLARE PRESSO IL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA

(ALLEGATO 6)

MISURA 2. BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE
TRAMITE ENTE GESTORE/COOPERATIVA PRIVATA

MISURA B2 DGR 2033/2024

DATI BENEFICIARIO

Sig./Sig.ra.....

nato/a a.....il.....

Residente ain via.....

IL SOGGETTO EROGATORE

Denominazione

Indirizzo sede legale

Partita IVA/C.F.

Telefono Indirizzo mail

Indirizzo pec

Operatore Referente del Progetto/

Nome e CognomeTel.....

Mail.....

DENOMINAZIONE PROGETTO.....

(attività erogate).....

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO data inizio..... data fine.....
(compreso tra il 1.07.2024 e il 30.06.2025)

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO.....

NUMERO DI INTERVENTI SETTIMANLI EROGATI E MONTEORE

COMPLESSIVO

(es. 3 volte a settimane per complessive 10 ore settimanali)



SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE

(es. indicare il progetto di assistenza ordinario erogato settimanalmente)

Servizio/prestazione	Giorni	Orari	N° ore
	Lunedì (si) (no)		
	Martedì (si) (no)		
	Mercoledì (si) (no)		
	Giovedì (si) (no)		
	Venerdì (si) (no)		
	Sabato (si) (no)		
	Domenica (si) (no)		
		TOT. ORE SETT.LI	
Note			

COSTO MEDIO COMPLESSIVO MENSILE DEL PROGETTO DI ASSISTENZA (IVA INCLUSA).....

- **ALLEGARE COPIA DEL CONTRATTO DI ASSISTENZA SOTTOSCRITTO CON L'ENTE GESTORE**

FIRMA SOGGETTO EROGATORE.....

FIRMA FAMIGLIA.....

(Richiedente istanza a favore del beneficiario)

DATA.....

(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)