

Al Comune di .....

epc All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale Paullese

**PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI  
PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONE DI NON  
AUTOSUFFICIENZA – APPLICAZIONE DGR 7856 del 12/02/2018 – MISURA B2**

Il presente modulo ha lo scopo di fornire al Comune di residenza e all'Ufficio di Piano competente il preventivo rispetto alla spesa dei servizi forniti dai soggetti erogatori, individuati dai richiedenti della misura 4 (sostegno minori con disabilità). Si tratta quindi di un modulo che **deve essere compilato dall'erogatore della prestazione e allegato dal beneficiario all'istanza per la misura sopra citata.**

**DATI SOGGETTO EROGATORE**

Denominazione.....  
Indirizzo sede legale.....  
Partita Iva/C.F.....  
Telefono.....  
Indirizzo mail .....

**PREVENTIVO IN FAVORE DI :**

**DATI BENEFICIARIO**

Cognome e Nome .....  
nato/a a..... il.....  
Residente a .....in via.....

**SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE**

servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

**PERSONALE COINVOLTO:**

	nome e cognome	ruolo
1.		
2.		
3.		
4.		

**OBIETTIVI DEL SERVIZIO:**

- 1).....  
.....
- 2) .....  
.....

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO**

- data inizio: \_\_\_\_\_
- data fine: \_\_\_\_\_

**EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO**

Periodo (da - a)	Motivazione
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro

**COSTO SERVIZI EROGATI:**

- 1) Tariffa oraria ordinaria: €..... + aliquota IVA al.....
- 2) Eventuale tariffa oraria festiva: €.....+ aliquota IVA al.....
- 3) Costo settimanale delle prestazioni: €..... + aliquota IVA al .....
- 4) Totale costo settimanale IVA inclusa €.....
- 5) Spesa annua stimata: €..... + IVA al .....
- 6) Totale spesa annua IVA inclusa €.....

Data:

Timbro

FIRMA