

All. C

**PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE
CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
APPLICAZIONE D.G.R. 1253 del 12/02/2019 – 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 ain 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:

- 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 €.....

Qualora, a presentazione della fattura, si verifichi una cifra inferiore rispetto al preventivo verrà riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (importo fattura).

Data:

Timbro

FIRMA