MODELLO C

Al Plus 21 - Servizio HCP
Comune di Sestu
Via Scipione, 1
09028 Sestu

OGGETTO: PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022/2025 – RICHIESTA REVOCA DEL VOUCHER AL SOGGETTO EROGATORE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Il/La sottoscritto/a _____

Nat_ a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ in Via/Loc. _____

Tel./Cell. _____

□ **Beneficiario del voucher Home Care Premium 2022/2025**

□ **Responsabile del Progetto Home Care Premium 2022/2025 in favore di _____, C. F. _____**

CHIEDE

che venga revocato il voucher per la realizzazione delle Prestazioni Integrative di cui al Progetto HCP 2022 al Soggetto erogatore _____

P. IVA _____, C.F. _____

a far data dal _____ per i seguenti motivi:

_____

_____

_____

_____

E DICHIARA

che il Soggetto erogatore sopra generalizzato ha erogato le prestazioni di _____ _____ per n. ore _____ fino alla data del_____ per un importo totale pari ad € _____ (come da *Modello B* allegato).

_____, lì _____
Luogo **data**

Firma del Beneficiario/Responsabile

_____

Si allega alla presente:

1) ***copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante***