

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*