

Allegato n° 4

Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest

Avviso: **“Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società”**

Progetto: **“Vita Indipendente” FSE+ approvato con D.D.R. n° 20946 del 13/09/2024**

Codice Progetto: **316655 – CUP I99I24000510008**

Nome e cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Se nominato, nome e cognome del rappresentante legale	
Obiettivo del progetto di Vita Indipendente	
Durata del progetto di Vita Indipendente (indicare numero mesi)	

PIANO DI SPESA

Tipologia di servizio	Importo mensile assegnato	Documentazione di supporto (indicare la documentazione come da art. 12 dell'avviso dell'ambito territoriale)
1. Spese di personale		
a) Assistente personale		
b) Fisioterapista		
2. Spese di trasporto		
a) Trasporto pubblico		
b) Trasporto privato sociale		
3. Spese di iscrizione ad		

A) Importo mensile totale assegnato	B) Durata del piano di spesa <i>(indicare numero mesi)</i>	C) Importo totale assegnato del piano di spesa $(C=A \times B)$

L'importo assegnato (A e C) rappresenta il contributo massimo erogabile. Il contributo è erogato sulla base della rendicontazione mensile.

Il contributo assegnato s'intende consolidato fino alla conclusione del progetto, anche al modificarsi della condizione socioeconomica della persona con disabilità.

La persona con disabilità (o suo rappresentante legale, se nominato), con la sottoscrizione del presente piano di spesa,

SI IMPEGNA A

1. utilizzare il contributo economico per gli obiettivi e i servizi del progetto di Vita Indipendente approvato;
2. comunicare preventivamente alla Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest eventuali variazioni del Piano di Spesa ai fini delle necessarie valutazioni;
3. presentare la rendicontazione delle spese sostenute secondo le modalità e la periodicità stabilite dalla Società della Salute Zona fiorentina Nord ovest;
4. consentire al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente approvato;
5. rispettare ogni altra disposizione prevista dall'Avviso *(inserire gli estremi dell'avviso della Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest)*.

Luogo e data, _____

Firma del Destinatario (o suo rappresentante legale, se nominato)

Firma del Soggetto beneficiario (SdS)
