

Allegato C al Decreto 103 del 04.06.2018

Buono Servizio per le prestazioni sotto indicate

<i>Descrizione interventi</i>	<i>Figura professionale</i>	<i>Numero intervento</i>	<i>Valore massimo pacchetto interventi</i>

L'intervento/i dovranno essere avviate entro..... e concludersi entro tre settimane dalla sottoscrizione di tale piano di spesa .

Il _____ Sottoscritto
 Nome _____ Cognome _____
 in qualità di beneficiario del buono in qualità di tutore o amministratore del beneficiario

SOTTOSCRIVE ED ACCETTA IL PRESENTE PIANO DI SPESA

Firma _____ **beneficiario/suo** _____ **Tutore/** _____

DICHIARA

che l' interventi sarà erogato dal seguente/i operatore/i economici scelto dal beneficiario sulla base dell'elenco allegato.

Denominazione operatore/i economico/i scelto dal beneficiario

Operatore	Economico	1
Operatore	Economico	2

Il/La sottoscritto/adichiara di avere ricevuto le informazioni in merito al trattamento dei dati personali per finalità socio-assistenziali e socio-sanitarie come previsto dall'art. 13 del dlgs 196/2003.

Acconsento SI NO al trattamento dei dati personali art.13 Dlgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali "per finalità socio assistenziali e socio sanitarie .

Data _____

Firma