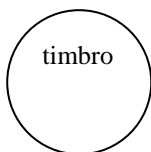


**PIANO UTILIZZO SETTIMANALE VOUCHER
E
SCELTA ENTE EROGATORE**

UTENTE	
COD. FISC.	
REC. TEL.	
VALIDITA' VOUCHER DAL	

PRESTAZIONI AUTORIZZATE

TIPOLOGIA INTERVENTO	
ASA	
TEMPO PREVISTO SINGOLO INTERVENTO	
N. ACCESSI SETTIMANALI	
VALORE UNITARIO VOUCHER	€
QUOTA VOUCHER A CARICO UTENTE	€



FIRMA
Assistente sociale

SCELTA ENTE EROGATORE SERVIZIO S.A.D.

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il residente a

In via n

(*eventuale*) in qualità di delegato del/la sig/ra

Nato/a a il residente a

In via n

SCEGLIE quale ente accreditato, erogatore del servizio

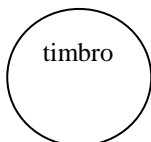
(*Eventuale*) attraverso la consorziata

FIRMA
.....

Il sottoscritto in qualità di Legale Rappresentante
dell'Ente

DICHIARA

di accettare l'incarico per l'erogazione dei voucher S.A.D., come indicato nel presente Piano di Utilizzo



FIRMA
.....