



AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N. 2

Comune Capofila Pagliara

**Furci Siculo - Roccalumera – Mandanici -Nizza di Sicilia – Fiumedinisi - Alì
Terme – Alì – Itala - Scaletta Zanclea.**

VOUCHER N. _____ Mese di _____ 2024

SERVIZIO: ☐ **PIANI ASSISTENZIALI**
 ☐ **TRASPORTO SOCIALE**
 ☐ **EDUCATIVA DOMICILIARE**

BENEFICIARIO: _____

COMUNE DI RESIDENZA: _____

ENTE EROGATORE: _____

OPERATORE ADDETTO AL SERVIZIO:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

ORE SETTIMANALI ASSEGNATE: _____ **KM SETTIMANALI ASSEGNATI :** _____ **VIDIMAZIONE** _____

Il Voucher è valido per la prestazione di un operatore specializzato, spendibile presso un Ente iscritto all'Albo dei soggetti accreditato a scelta del beneficiario e utilizzabile secondo il sopraindicato Piano d'Intervento.

TOTALE PRESTAZIONI MENSILI EFFETTUATE: _____ **TOTALE KM EFFETTUATI:** _____

VERIFICA ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA _____

(firma e timbro)

REGISTRO MENSILE BENEFICIARIO

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE/KM		FIRMA OPERATORE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Il/la sottoscritto/a _____, beneficiario del servizio _____,
dichiaro che le prestazioni orarie sopra riportate sono state effettivamente rese dalla Cooperativa _____, attraverso un suo operatore professionale.

Luogo e data, _____

FIRMA BENEFICIARIO
