



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

**PON**  
**INCLUSIONE**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

**QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTA' ANNUALITÀ 2018**



**AMBITO TERRITORIALE RM 4.2 · CAPOFILA - COMUNE DI LADISPOLI · CODICE CUP:  
C61B18001240003**

**“VOUCHER RDC” PER INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE**

Facendo seguito alla sottoscrizione del Progetto di Inclusion Sociale (PaIS) da parte del Nucleo Familiare Beneficiario di Reddito di Cittadinanza di seguito identificato per il tramite del titolare:

DATI TITOLARE DEL REDDITO DI CITTADINANZA			
ID DOMANDA	INPS-RDC		
COGNOME		NOME	
PATTO PER INCLUSIONE SOCIALE SOTTOSCRITTO IN DATA			
ASSISTENTE SOCIALE CHE HA EFFETTUATO LA PRESA IN CARICO			

coerentemente con quanto riportato nel PaIS sottoscritto, si richiede l'attivazione del “VOUCHER RDC” per l'erogazione dell'intervento “ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE” in favore di:

COGNOME		NOME	
---------	--	------	--

l'intervento di inclusione è programmato come segue:

n° settimane erogazione complessive	
n° ore settimanali	

<b>n° ore complessive</b>	
---------------------------	--

<b>FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE</b>	
--------------------------------------	--

A tal fine il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_ residente nel Comune di  
\_\_\_\_\_ (RM) in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ in qualità di del voucher  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di scegliere per l'espletamento del servizio di inclusione sopra indicato il seguente organismo  
accreditato nel R.U.A. distrettuale per lo specifico intervento:

<b>LUOGO E DATA _</b>	
<b>FIRMA BENEFICIARIO</b>	

<b>SEZIONE AUTORIZZATIVA A CURA DELL'UFFICIO AMMINISTRATIVO</b>
---

<b>Codice univoco VOUCHER CUP</b>			

<b>CUP</b>	
------------	--

<b>DURATA DEL VOUCHER IN SETTIMANE</b>	
<b>N. ORE DI SERVIZIO TOTALI</b>	
<b>IMPORTO VOUCHER</b>	

<b>VISTO AUTORIZZATIVO VOUCHER</b>	
<b>DATA</b>	
<b>FIRMA RESPONSABILE AMMINISTRATIVO</b>	

