

QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTA' ANNUALITÀ 2019



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

PON  
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

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



C61H19000060003

**“VOUCHER RDC” PER INTERVENTO DI SOSTEGNO SOCIO-EDUCATIVO DOMICILIARE**

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 “SERVIZIO DI SOSTEGNO SOCIO-EDUCATIVO DOMICILIARE” in favore di

MINORE BENEFICIARIO (INIZIALI)		ANNI		M	F
NOME E COGNOME GENITORE/TUTORE					

l'intervento di inclusione è programmato come segue:

n° settimane erogazione complessive	
n° ore settimanali	
n° ore complessive	

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

**QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTA' ANNUALITÀ 2019**

**AMBITO TERRITORIALE RM 4.2 · CAPOFILA - COMUNE DI LADISPOLI · CODICE CUP: J81E18000250003**

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 GENITORE/TUTORE del minore  
beneficiario 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 GENITORE/TUTORE DEL MINORE BENEFICIARIO</b>	

**SEZIONE AUTORIZZATIVA A CURA DELL'UFFICIO AMMINISTRATIVO**

<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>	

**VISTO AUTORIZZATIVO VOUCHER**

<b>DATA</b>	
<b>FIRMA RESPONSABILE AMMINISTRATIVO</b>	

