

QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTA' ANNUALITÀ 2018

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



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

C61B18001240003



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 | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE | |
|--------------------------------------|--|

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:

| | |
|--|--|
| LUOGO E DATA _ | |
| FIRMA GENITORE/TUTORE DEL MINORE BENEFICIARIO | |

SEZIONE AUTORIZZATIVA A CURA DELL'UFFICIO AMMINISTRATIVO

| | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Codice univoco VOUCHER CUP | | | |
| | | | |

| | |
|------------|--|
| CUP | |
|------------|--|

| | |
|--|--|
| DURATA DEL VOUCHER IN SETTIMANE | |
| N. ORE DI SERVIZIO TOTALI | |
| IMPORTO VOUCHER | |

| | |
|--|--|
| VISTO AUTORIZZATIVO VOUCHER | |
| DATA | |
| FIRMA RESPONSABILE AMMINISTRATIVO | |