



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

PON  
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

## "VOUCHER RDC" per INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE

Facendo seguito alla sottoscrizione del Progetto di Inclusione 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 |  |
| 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 \_\_\_\_\_ 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 BENEFICIARIO |  |



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

**PON**  
INCLUSIONE

**M**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

SEZIONE AUTORIZZATIVA A CURA DELL'UFFICIO AMMINISTRATIVO

Codice univoco VOUCHER

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

CUP

|  |
|--|
|  |
|--|

DURATA DEL VOUCHER IN SETTIMANE

|  |
|--|
|  |
|--|

N. ORE DI SERVIZIO TOTALI

|  |
|--|
|  |
|--|

IMPORTO VOUCHER

|  |
|--|
|  |
|--|

VISTO AUTORIZZATIVO VOUCHER

DATA

|  |
|--|
|  |
|--|

FIRMA DEL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

|  |
|--|
|  |
|--|