MODULO PER FORMALE PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – APPLICAZIONE DGR 7856 del 12.02.2018 – MISURA B2

Il presente modulo ha la finalità di fornire all'Ufficio di Piano un preventivo di spesa rispetto agli interventi che si intendono realizzare nell'ambito della **Misura 4** (sostegno vita di relazione dei minori con disabilità). Considerato che l'importo complessivo del contributo viene calcolato anche sulla base di tale preventivo, **è necessario che venga determinata nel modo più preciso possibile la spesa che dovrà essere sostenuta per l'attivazione del progetto. Questo modulo deve essere compilato dall'erogatore della prestazione e allegato all'istanza.**

IL SOGGETTO EROGATORE

Denominazione……..
Indirizzo sede legale……..
Partita Iva/C.F……..
Telefono……..
Indirizzo mail ……..

ACCONSENTE:

□ A Rendicontare Trimestralmente le azioni che saranno realizzate
□ **A** Ricevere su eventuale autorizzazione della famiglia il contributo per la misura 4 con

□ **BONIFICO BANCARIO** □ **BONIFICO POSTALE** ***(NON LIBRETTO POSTALE)***
indicare di seguito e in modo leggibile il codice IBAN *(composto di 27 cifre tra lettere e numeri)*

PRESENTA PREVENTIVO IN FAVORE DI :

DATI BENEFICIARIO

Sig./Sig.ra……..
nato/a a……il……..
Residente a ……in via……..

DENOMINAZIONE PROGETTO:_____

Descrizione azioni e obiettivi di realizzazione del progetto: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Responsabile del Procedimento: Serena Bini **Tel. 02.92.366106** **s.bini@comune.pioltello.mi.it**
Pratica trattata da: Francesca Scalia **Tel. 02.92.366130** **f.scalia@comune.pioltello.mi.it**
protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it **Fax. 02.92161258** **ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it**

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

□ data inizio:_____ □ data fine: _____

N.B. Il periodo considerato deve essere compreso tra la data di presentazione dell'istanza da parte del beneficiario e il 31.12.2018.

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO
(specificare i periodi di sospensione e sottrarli nel calcolo totale del costo):
_____

SPECIFICHE PREVENTIVO:

Voci di costo/specificare la figura professionale	Costo orario (eventuale)	N° ore previste specificando il tipo di intervento	Rapporto educatore/beneficiario	Costo totale	IVA eventuale da aggiungere

COSTO MENSILE: _____

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO: _____
(specificare se IVA inclusa o esclusa, nel caso indicare importo da aggiungere)

Data: Timbro soggetto erogatore FIRMA

Responsabile del Procedimento: Serena Bini **Tel. 02.92.366106** **s.bini@comune.pioltello.mi.it**
Pratica trattata da: Francesca Scalia **Tel. 02.92.366130** **f.scalia@comune.pioltello.mi.it**
protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it **Fax. 02.92161258** **ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it**