

Al Responsabile
Area Socio – Assistenziale
del Comune di Villasor
Piazza Matteotti
VILLASOR

Oggetto: Richiesta liquidazione somme relative allo svolgimento del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge n. 162/1998 in favore di _____
Programma anno _____ Mese di _____

Il/la sottoscritt _____, nat a _____ il _____,
residente in _____ () via _____ n. _____, C.F. _____,
in qualità di:

- beneficiario del piano personalizzato di sostegno

CHIEDE

Che venga liquidato l'importo di € _____, per lo svolgimento di n. _____ ore/lezioni di prestazioni di aiuto personale/assistenza domiciliare/assistenza educativa/ attività sportiva, al costo orario di € _____ comprensivi di paga base, 13 mensilità, T.F.R. e contributi INPS.

dichiara inoltre sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del dpr 445/2000 che il/la beneficiaria del piano:

- non è stata ricoverata
 è stata ricoverata dal _____ al _____ presso _____

Allega:

- copia busta paga/ricevuta di pagamento attività sportiva
 ricevute versamento contributi INPS
 foglio presenza operatore

QUIETANZA

- diretta
 delega a nome di _____ c.f. _____
 mediante accredito iban _____ intestato a _____

in attesa di riscontro, si porgono distinti saluti

Villasor li _____

firma