



PIANO DI ZONA

Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

Ufficio di Piano 3 – Distretto Sociale Est Milano - Via C. Cattaneo 1 – 20096 Pioltello

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 ain via.....

DENOMINAZIONE PROGETTO:_____

Descrizione azioni e obiettivi di realizzazione del progetto: _____



PIANO DI ZONA Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

Ufficio di Piano 3 – Distretto Sociale Est Milano - Via C. Cattaneo 1 – 20096 Pioltello

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
Pratica trattata da: Francesca Scalia
protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it

Tel. 02.92.366106
Tel. 02.92.366130
Fax. 02.92161258

s.bini@comune.pioltello.mi.it
f.scalia@comune.pioltello.mi.it
ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it