



ALLEGATO 6 dell'Istanza Buono sociale

**MISURA 2. BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE**  
**TRAMITE ENTE GESTORE/COOPERATIVA PRIVATA**

MISURA B2 DGR 3719/2024

**DATI BENEFICIARIO**

Sig./Sig.ra.....

nato/a a.....il.....

Residente a .....in via.....

**IL SOGGETTO EROGATORE**

Denominazione .....

Indirizzo sede legale .....

Partita IVA/C.F. ....

Telefono ..... Indirizzo mail .....

Indirizzo

pec .....

**Operatore Referente del Progetto/**

Nome e Cognome .....Tel.....

Mail.....

**DENOMINAZIONE PROGETTO**.....

(attività erogate).....

.....

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO** ☐ data inizio..... ☐ data fine.....  
(compreso tra il 1.07.2025 e il 30.06.2026)

**EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO**.....

**NUMERO DI INTERVENTI SETTIMANALI EROGATI E MONTEORE**

**COMPLESSIVO** .....

(es. 3 volte a settimane per complessive 10 ore settimanali)



**SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE**

*(es. indicare il progetto di assistenza ordinario erogato settimanalmente)*

Servizio/prestazione	Giorni	Orari	N° ore
	Lunedì (si) (no)		
	Martedì (si) (no)		
	Mercoledì (si) (no)		
	Giovedì (si) (no)		
	Venerdì (si) (no)		
	Sabato (si) (no)		
	Domenica (si) (no)		
		<b>TOT. ORE SETT.LI</b>	
<b>Note</b>			

**COSTO MEDIO COMPLESSIVO MENSILE DEL PROGETTO DI ASSISTENZA (IVA INCLUSA).....**

- **ALLEGARE COPIA DEL CONTRATTO DI ASSISTENZA SOTTOSCRITTO CON L'ENTE GESTORE**

**FIRMA SOGGETTO EROGATORE.....**

**FIRMA FAMIGLIA.....**

*(Richiedente istanza a favore del beneficiario)*

**DATA.....**

***(Per l' informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nella "Informativa sul Trattamento dei Dati Personali " Avviso Pubblico E Criteri Distrettuali Dgr 3719/2024 e nel Modulo Istanza)***