

(inserire su carta intestata del soggetto erogatore del servizio)

Oggetto: (indicare la tipologia del catalogo di riferimento)

## SCHEDA DEL SERVIZIO EROGATO

**BENEFICIARIA/O:**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CARE GIVER:**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SERVIZIO EROGATO** \_\_\_\_\_**LUOGO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO** \_\_\_\_\_

Costo lordo di riferimento in termini di tariffa oraria o di pacchetto orario (come da catalogo)

Operatore/i che garantisce/garantiscono il servizio (nominativi) \_\_\_\_\_

| GIORNO /MESE/ANNO           | DALLE ORE.....<br>ALLE ORE..... | n. ORE<br>EROGATE | FIRMA<br>BENEFICIARIA/O O<br>CAREGIVER | FIRMA<br>OPERATORE |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------------------------|--------------------|
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
|                             |                                 |                   |                                        |                    |
| Totale ore erogate nel mese |                                 |                   |                                        |                    |

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del soggetto erogatore

\_\_\_\_\_