

Oggetto: **Comunicazione scelta realizzazione servizio**

Il/la sottoscritto/a:

| | | |
|-----------------|-----------------|---|
| DATI ANAGRAFICI | COGNOME | |
| | NOME | |
| | DATI ANAGRAFICI | Nat_ a _____ il _____ residente a _____ Via _____ |
| | CODICE FISCALE | |

- ☐ Per sé stesso
☐ per conto del beneficiario sotto indicato, in qualità di _____

| | | |
|-----------------|-----------------|---|
| DATI ANAGRAFICI | COGNOME | |
| | NOME | |
| | DATI ANAGRAFICI | Nat_ a _____ il _____ residente a _____ Via _____ |
| | CODICE FISCALE | |

Beneficiario del Progetto Personalizzato COMUNICA l'intenzione di realizzare - il seguente servizio di:

- ☐ Assistenza Domiciliare Generica
☐ Assistenza Domiciliare Specialistica
☐ Educativa
☐ Altro (specificare) _____

☐ **TRAMITE ASSUNZIONE DIRETTA DI UN OPERATORE DI FIDUCIA** realizzando il servizio così come depositato in Comune; si impegna inoltre nell'ottemperare a tutti gli obblighi di legge connessi all'assunzione dell'operatore incaricato del servizio, ivi compresi i dovuti compensi orari, versamenti previdenziali, assicurativi e ad applicare le norme di sicurezza, previste dalla normativa vigente; copia della documentazione attestante tali procedure verrà depositata c/o l'Ufficio Servizi Sociali. Indicare o allegare **CODICE IBAN del beneficiario** _____

☐ **ATTRAVERSO L'AFFIDAMENTO ALLA COOPERATIVA SOTTO INDICATA:**

| | | | | |
|--|-----------------|------|--------|---|
| (denominazione) _____ | con | sede | legale | a |
| _____ Via /Piazza _____ | | | | |
| PI/CF _____ | COD. IBAN _____ | | | |
| Legale rappresentante _____ tel/fax _____ | | | | |
| La realizzazione del piano - così come depositato in Comune - è quindi affidata dal sottoscritto alla sopra citata impresa la quale inoltre è incaricata di ottemperare a tutti gli obblighi di legge connessi all'assunzione dell'operatore incaricato del servizio, ivi ricompresi i compensi orari, versamenti previdenziali e assicurativi e ad applicare le norme di sicurezza, previsti dalla normativa vigente; sarà compito del beneficiario/familiare di riferimento verificare il corretto svolgimento delle attività e degli obblighi connessi agli aspetti retributivi sopra indicati. | | | | |
| Optando per tale affidamento il sottoscritto inoltre, autorizza il Comune a liquidare le spettanze dovute per il servizio svolto - DIRETTAMENTE alla Cooperativa summenzionata, dietro esibizione di regolare fattura - allegando il foglio-firma mensile - emessa dalla Cooperativa e intestata al beneficiario del servizio. | | | | |

San Nicolò Gerrei, _____

Firma
