

Allegato D

Avviso: "Interventi di sostegno alle cure domiciliari"

Titolo Progetto: **Contributi e Assistenza Domiciliare Lunigiana Ospedale e Territorio (CameLOT)**

Codice Progetto S.I. FSE: **312745**

Azione 4: **Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie**

Nome e Cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Nominativo del genitore/tutore	

PIANO DI SPESA

<i>Tipologia di intervento (da Tab. 4 dell'Avviso)</i>	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
Costo totale Piano di spesa				

(aggiungere righe se necessario)

Luogo e data, _____

Firma del Genitore/tutore

Soggetto attuatore

ADDENDUM al Piano di spesa per _____ (destinatario),
sottoscritto in data _____

Si attivano i seguenti ulteriori prestazioni:

<i>Tipologia di intervento</i> (da Tab. 4 dell'Avviso)	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
Costo totale aggiuntivo				

(aggiungere righe se necessario)

Luogo e data, _____

Firma del Destinatario
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

Soggetto attuatore