

Buono Servizio n. _____

del ____/____/____

Il Sottoscritto _____ in qualità di Dirigente del Servizio Attività Amministrative della Municipalità 3 (AMBITO N03)

VISTO

Il verbale UVI n. _____ del ____/____/____

Attribuisce il presente buono di servizio nominativo e non trasferibile a:

| Dati Intestatario Buono servizio | |
|---|--|
| Cognome e Nome | |
| Data e luogo di nascita | |
| Codice Fiscale | |
| Residente a (Indirizzo completo) | |
| Numero tessera sanitaria | |
| Recapito telefonico | |

Per un importo complessivo mensile pari a

| Dati Buono servizio Mensile | |
|--|---|
| N. ore assegnate | |
| Importo orario | |
| Importo complessivo buono | |
| Quota mensile a carico dell'utente | |
| Quota mensile a carico del Comune di Napoli (Mun. 3) | |
| Periodo di validità mensile | Dal ____/____/____ al ____/____/____ |

L'utente sopra indicato può utilizzarlo nel periodo di validità per l'acquisto di prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata presso il seguente Ente accreditato _____ così come da formale scelta dell'utente agli atti del servizio.

Il valore del buono è onnicomprensivo e comprende, oltre al costo orario dell'operatore, anche le spese di coordinamento, i costi di gestione e l'IVA.

Qualora le ore di servizio fruito nel periodo di validità del buono siano inferiori a quelle assegnate, il buono sarà rimborsato per il valore corrispondente alle ore di prestazione effettivamente fruito.

La matrice del Buono allegata, riportante la data di utilizzo, il timbro del soggetto accreditato e la firma dell'utilizzatore/utente beneficiario dovrà essere rilasciata al soggetto accreditato.

Il Dirigente

