

(carta intestata della cooperativa/ente)

**PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO
IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(Misura B2 – D.G.R. n. 5791 del 21.12.2021)**

All. C

Il presente modulo ha lo scopo di fornire al Comune di residenza, il preventivo rispetto alla spesa dei servizi forniti dai soggetti erogatori, individuati dai richiedenti del voucher per sostenere progetti di natura educativa e/o socializzante in favore di adulti/anziani/minori con disabilità.

Si tratta quindi di un modulo che **deve essere compilato dall'erogatore della prestazione e allegato dal beneficiario all'istanza per la Misura B2.**

Dati Soggetto erogatore

Denominazione _____

Indirizzo sede legale _____

Partita Iva/C.F. _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

PREVENTIVO A FAVORE DI:

Dati Soggetto beneficiario

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE

Servizio/prestazione	Giorni	Orari	N. ore
	Lunedì ☐ sì ☐ no		
	Martedì ☐ sì ☐ no		
	Mercoledì ☐ sì ☐ no		
	Giovedì ☐ sì ☐ no		
	Venerdì ☐ sì ☐ no		
	Sabato ☐ sì ☐ no		
	Domenica ☐ sì ☐ no		

PERSONALE COINVOLTO:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

OBIETTIVI DEL SERVIZIO:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Data inizio: _____

Data fine: _____

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

Periodo (da – a)	Motivazione
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro _____
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro _____
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro _____

COSTO SERVIZI EROGATI:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1) Tariffa oraria ordinaria € _____ | + aliquota IVA al _____ |
| 2) Eventuale tariffa oraria festiva € _____ | + aliquota IVA al _____ |
| 3) Costo settimanale delle prestazioni € _____ | + aliquota IVA al _____ |
| 4) Totale costo settimanale IVA inclusa € _____ | + aliquota IVA al _____ |
| 5) Spesa annua stimata € _____ | + aliquota IVA al _____ |
| 6) Totale spesa annua IVA inclusa € _____ | + aliquota IVA al _____ |

Qualora, a presentazione della fattura, si verifichi una cifra inferiore rispetto al preventivo verrà riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (importo fattura).

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____