



[ALLEGATO 6](#)

MISURA SOSTEGNO - BUONO ASSISTENTE FAMILIARE
TRAMITE ENTE GESTORE - MISURA B2 DGR 6320/2026

DATI BENEFICIARIO Sig./Sig.ra _____

Comune di residenza _____

IL SOGGETTO EROGATORE Denominazione _____

Indirizzo sede legale _____

Partita IVA/C.F. _____ Indirizzo pec _____

Telefono _____ Indirizzo mail _____

Operatore Referente del Progetto Nome e Cognome _____

Telefono _____ Indirizzo mail _____

DENOMINAZIONE PROGETTO (attività erogate)

PERIODO POSSIBILE DI ATTIVAZIONE DEL BUONO (compreso tra il 1.01.2027 e il 31.12.2027)

data inizio..... data fine.....

NUMERO DI ORE SETTIMANALI EROGATE (minimo 10 ore) _____

NUMERO DI INTERVENTI SETTIMANALI EROGATI _____

NUMERO DI ORE MENSILI EROGATE _____

COSTO MEDIO COMPLESSIVO MENSILE DELL'ASSISTENZA (IVA INCLUSA) _____

ALLEGARE COPIA DEL CONTRATTO DI ASSISTENZA SOTTOSCRITTO E L'ULTIMA FATTURA

FIRMA SOGGETTO EROGATORE _____

FIRMA BENEFICIARIO/FAMIGLIA _____

(Richiedente istanza a favore del beneficiario)

DATA.....

(Per l'informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nella "Informativa sul Trattamento dei Dati Personali" Avviso Pubblico E Criteri Distrettuali Dgr 6320/2026 e nel Modulo Istanza)