

OGGETTO: PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2019 – RICHIESTA REVOCA DELL'INCARICO AL SOGGETTO EROGATORE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Il/La sottoscritto/a _____

Nat_ a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ in Via/Loc. _____

Tel./Cell. _____

- Beneficiario del voucher Home Care Premium 2019**
- Responsabile del Progetto Home Care Premium 2019 in favore di**
_____, C. F. _____

CHIEDE

che venga revocato l'incarico per la realizzazione delle Prestazioni Integrative di cui al Progetto HCP 2019 al
Soggetto erogatore _____

P. IVA _____, C.F. _____

a far data dal _____ per i seguenti motivi:

E DICHIARA

che il Soggetto erogatore sopra generalizzato ha erogato le prestazioni di

_____ per n. ore _____ fino alla data

del _____ per un importo totale pari ad €

_____ (come da *Modello B* allegato).

_____, lì _____
Luogo data

Firma del Beneficiario/Responsabile

Si allega alla presente:

- 1) **copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante**