



Allegato B

All'Azienda Speciale Consortile Medio Olona
Via Roma 26
Castellanza

**ASSEGNAZIONE VOUCHER SOCIALI PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI
MINORI CON DISABILITA' PER I QUALI SONO ATTIVI PROGETTI DI NATURA
EDUCATIVA/SOCIALIZZANTE**

Il/la sottoscritto/a _____ Responsabile
del settore _____ del Comune di
_____, avendo ricevuto in data _____
la domanda per la richiesta di assegnazione di voucher dal sig.
_____ per l'acquisto dei seguenti interventi:

DENOMINAZIONE STRUTTURA CONVENZIONATA	NOMINATIVO BENEFICIARIO	TIPOLOGIA INTERVENTO	NUMERO VOUCHER



DICHIARA

Che (nome e cognome beneficiario) _____
risulta assegnatario del/i voucher per gli importi indicati in tabella da utilizzare presso la struttura
suindicata.

A tal fine, si **impegna** a consegnare copia della presente dichiarazione di assegnazione del voucher
all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona servizi alla persona

Data _____

Firma del responsabile _____

Per accettazione – Data _____

Firma del richiedente _____