

**PIANO DI ATTIVITA' - SCELTA DEL FORNITORE DI SERVIZIO ALL'INTERNO DELL'ELENCO UNICO DI AMBITO
PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI – MISURA SERVIZI (EX MISURA B2)
ESERCIZIO 2026
(D.G.R. 6320/2026, Decreti 8176/2026, 9728/2026 e 10028/2026)**

Il sottoscritto, Cognome e nome _____

Codice fiscale: _____

residente in via/p.zza _____ presso il Comune di _____

DICHIARA

- ☐ per sé
☐ per conto del beneficiario _____

- di essere stato informato sulle procedure di erogazione dei servizi, come previsti dal sistema di accreditamento e sui fornitori accreditati nell'Elenco Unico di Ambito di operatori qualificati per l'erogazione di una pluralità di servizi in area educativa, di mediazione familiare, culturale, supporto psicologico e assistenza;
- di aver presentato istanza di accesso alla Misura Servizi per l'esercizio 2026/2027;
- di essere consapevole che per il periodo di presa in carico, l'assegnazione massimale è pari a _____
- di aver condiviso con il Servizio Sociale di _____, con il referente _____, il progetto individuale, allegato al presente modulo e sottoscritto, per l'avvio del servizio:

barrare	AREA EDUCATIVA	barrare	AREA ASSISTENZA
☐	SEDH - Servizio Educativo per persone con Disabilità	☐	SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare
☐	IES - Interventi Educativi Sperimentali	☐	SADH - Servizio Assistenza Domiciliare a favore di persone con Disabilità

- di scegliere per l'erogazione del servizio sopraindicato, l'operatore economico del terzo settore _____
- di chiedere, per il solo esercizio 2026 (erogabile fino al 31 dicembre 2026), l'intervento pari a _____ ore/importo

Il beneficiario o suo delegato*

Nome e Cognome _____

**nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo:*

- *in presenza di delega ordinaria alla presentazione;*
- *in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4.*