

**MODULO DICHIARAZIONE PRESTAZIONE SAISH ASSISTENZA DOMICILIARE**

PAG. 1/2

MESE _____ Anno 202_____

Utente/familiare firmatario delle prestazioni rese:

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

a favore di (nome) _____ (cognome) _____ Ore settimanali da Piano di Intervento Individuale sottoscritto: _____

TOTALE ORE _____
FIRMA DEL RESPONSABILE E TIMBRO DELLA COOPERATIVA _____

UTENTE _____

[illegible]

TOTALE ORE _____

FIRMA DEL RESPONSABILE E TIMBRO DELLA COOPERATIVA