

**MODULO DI RENDICONTO PER L'ATTIVAZIONE DI SOSTEGNI IN FAVORE DEL RUOLO DI CURA E
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE**

Comune di _____

Operatore comunale referente _____

NOME E COGNOME DEL BENEFICIARIO _____

Rimborso spese relative a interventi a sostegno del lavoro di cura del caregiver familiare	
Tipologia intervento	
Ente Gestore	
Periodo di attivazione	
Spesa sostenuta	

Data _____

Firma dell'Assistente Sociale

Allegati:

-fattura/e dell'Ente Gestore;

-quietanza/e di pagamento.