**Allegato 6**

**Modello di Scelta Prestatore Accreditato per l’erogazione dei Voucher Fondo non Autosufficienza 2022-2024**

All’Azienda Speciale Sele Inclusione

Pec: seleinclusione@pec.it

e-mail: info@seleinclusione.it

|  |
| --- |
| **Oggetto: Scelta del Prestatore Accreditato per l’erogazione dei Voucher Fondo non Autosufficienza 2022-2024** |

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto ***Beneficiario del Voucher FNA 2022-2024*** |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**OPPURE PER IL BENEFICIARIO FINALE**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Caregiver/Familiare del beneficiario*** |  |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Codice Fiscale |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Residente in |  |
| Alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

Ai sensi del *Regolamento per l’erogazione dei servizi attraverso procedure di accreditamento e voucher sociali* e ai fini dell’erogazione del servizio, fra i Soggetti Accreditati iscritti nell’ *Albo Unico dei Soggetti Accreditati ASSI* sceglie liberamente:

|  |  |
| --- | --- |
| denominazione enteaccreditato |  |
| Con sede legale nel comune di |  |
| accreditato per il / i servizio/i di |  |

Il sottoscritto, **dichiara** di essere consapevole che la scelta effettuata potrà essere modificata inviando all’Azienda Speciale Sele Inclusione “A.S.S.I.” comunicazione scritta.

**Si allega** copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_