Prot. n. …….. del ……..

Al Responsabile UOC/UOSD

Dott. ……

☐ **Nuova** ☐ **Rinnovo**

Proposta di Impegno di spesa di Intervento Sociale Riabilitativo Attivo (ISRA) a favore di:

Cognome …….. Nome ……

nato/a il …….....a…….. residente a ……..……..

in via …… n. …… tel. ……...

domiciliato a …… in via ……..n. ……. tel……..

Codice fiscale ……

Presso **il soggetto ospitante:**

Sede legale: ……..……..……..

Sede operativa: ……..……..……..

Periodo dal …… al ……

Numero giorni settimanali ……..

Monte ore settimanali n. …….. ore

Fascia oraria massima preventivata di n. …… ore per €. ….. ……. al giorno

Totale giorni previsti: ……

Si propone di registrare la spesa presunta di **€.** …… al CDC ……...

Conto Economico 4.11.17.500 "Borse lavoro" – F.P. ……..

Budget anno …… □ Area Sanitaria □ Area Sociale

L'operatore referente ……

L'Operatore responsabile del procedimento

_____
(timbro e firma)

Visto si autorizza
Il Responsabile UOC/UOSD DSM-DP

_____
(timbro e firma)