

SCHEDA RENDICONTO
BUONO DI SERVIZIO O DI ACCOMPAGNAMENTO
(Deliberazione della Giunta provinciale di Trento n. 2147 di data 14.12.2017 e s.m.)

Fac-simile

Soggetto EROGATORE:

Indirizzo :

Sede di realizzazione del Servizio:

CODICE BUONO DI SERVIZIO:

Valore del Buono di Servizio (Per la quota di competenza): Euro

Cognome e Nome del/la titolare del Buono di Servizio:

	1	2	3	4
SERVIZI (descrizione)	N. ORE da Rendicontare	Quota oraria richiesta alla PAT (Come da Progetto di Erogazione depositato)	Quota richiesta alla P.A.T. mediante Buono di Servizio	Compartecipazione a carico del/la richiedente*
Fascia A) Minori con età 3 mesi - 3 anni		_____ (max € 5,50)	€	€
Fascia A1) Minori con età 3 mesi - 36 mesi		_____ (max € 5,50)	€	€
Fascia B) Minori con età 3 anni - 6 anni		_____ (max € 4,50)	€	€
Fascia C) Minori con oltre 6 anni		_____ (max € 3,00)	€	€
Servizi per minori con disabilità		_____ (max € 15,00)	€	€

**pari ad almeno il 15% o il 20% in funzione dell'età del minore*

QUOTA A CARICO DELLA P.A.T (riportare quanto indicato in colonna 3)	€
QUOTA COMPLESSIVA A CARICO DEL/LA TITOLARE (riportare quanto indicato in colonna 4)	€
TOTALE (Quota PAT + Quota TITOLARE)	€

Luogo e Data

Il Legale Rappresentante
