*INTESTAZIONE*

**HOME CARE PREMIUM 2022**

Piano di intervento

Modalità di Fornitura Ausili

1. **ATTIVAZIONE DELL’INTERVENTO**

|  |
| --- |
| MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELL’INTERVENTO PER LA FORNITURA DELL’AUSILIO (es. Rilascio preventivo, visite domiciliari, etc.) (max 1000 caratteri) |
|  |
| TEMPI PER LA FORNITURA DELL’AUSILIO (max 500 caratteri) |
|  |
| ORARI E GIORNI DISPONIBILI PER LA FORNITURA (max 500 caratteri) |
|  |
| MODALITÀ DI FORNITURA (Es. consegna a domicilio, ritiro merce, etc.) (max 500 caratteri) |
|  |

1. **LUOGHI E SPAZI**

|  |
| --- |
| LUOGHI E SPAZI DELL’ATTIVITÀ (Indicare le sedi operative) |
|  |

1. **REFERENTE DEL SERVIZIO**

|  |
| --- |
| REFERENTE DEL SERVIZIO  (Indicare nominativo e riferimenti telefonici) |
|  |

1. **GESTIONE PRIVACY**

|  |
| --- |
| MODALITÀ GESTIONE PRIVACY (max 1000 caratteri) |
|  |

Data, Timbro e firma