



PLUS 21 PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI

COMUNI DI MONASTIR, MONSERRATO, NURAMINIS, QUARTUCCIU, SELARGIUS, SESTU, SETTIMO SAN PIETRO, USSANA
ATS SARDEGNA

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



MODELLO A – VOUCHER

BENEFICIARIO:
PRESTAZIONE INTEGRATIVA RICHIESTA:
PERIODO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO:
MONTE ORE:
BUDGET TOTALE MAX:

Il/La sottoscritto/a _____
 Residente a _____ in via/loc. _____
 Codice fiscale _____ tel/cell _____

DICHIARA

- ai sensi del DPR 445/2000 di essere:

Beneficiario del voucher Home Care Premium 2019
 Responsabile del Progetto Home Care Premium 2019

- di aver scelto come Soggetto erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto:
 _____, iscritto al "Registro degli Organismi del Terzo Settore del Plus 21",
 per le seguenti prestazioni _____
 per l'importo totale max di euro (€) _____

- di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, modificato dal D. Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente Modello A.

Soggetto erogatore
 _____ con sede legale
 (Comune) _____ P. IVA / C.F. _____
 Rappresentante legale _____ e-mail/Pec _____

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di essere iscritto al "Registro degli Organismi del Terzo Settore del Plus 21" e di impegnarsi ad erogare la seguente prestazione integrativa prevista dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2019:
 _____,
 per l'importo totale max di euro (€) _____

N.B.: il suddetto modulo va **compilato** in ogni sua parte **dal soggetto beneficiario e dal Soggetto erogatore**, il quale avrà cura di inviarlo al Plus 21, *entro e non oltre il giorno successivo alla sottoscrizione*. Nel caso in cui il beneficiario usufruisca di diverse prestazioni e intenda affidarle a diversi soggetti erogatori, dovranno essere compilati tanti modelli quanti sono i diversi soggetti erogatori.

_____, li _____
Luogo data

Firma del Beneficiario/Responsabile
Progetto Home Care Premium 2019

Firma/timbro del Soggetto erogatore

Per il Plus 21 – Servizio HCP
Dott.ssa Sandra Licheri

Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dei sottoscrittori