



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 2022/2025

Responsabile del Progetto Home Care Premium 2022/2025

- di aver scelto come Soggetto erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto: _____, iscritto all' "Elenco delle strutture a carattere extra domiciliare, studi psicologici, associazioni sportive dilettantistiche e liberi professionisti" 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

_____ P. IVA / C.F.

_____ e-mail/Pec _____

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di essere iscritto all' "Elenco delle strutture a carattere extra domiciliare, studi psicologici, associazioni sportive dilettantistiche e liberi professionisti" del Plus 21 e di impegnarsi ad erogare la seguente prestazione integrativa prevista dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2022/2025: _____

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 2022/2025

Firma/timbro del Soggetto erogatore

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