

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

ALLEGATO F: VARIAZIONE FORNITORE
PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 – CIG: B35B0AE993

(Compilazione e sottoscrizione a cura del beneficiario o suoi familiari)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____)
il _____, C.F. _____
residente in _____ (Prov. _____)
Via/Piazza _____, n° _____
Tel. _____, E-mail _____

1

In qualità di:

- Beneficiario;
- Familiare del beneficiario _____;
- Altro (*specificare*) _____;

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni integrative previste nell'ambito del progetto HCP 2022

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, in merito alla prestazione di seguito indicata:

1. Tipologia di prestazione integrativa: _____;
Fornitore attualmente scelto: _____;

Di voler cambiare il fornitore della prestazione integrativa per la seguente motivazione:

(Motivare la variazione del fornitore)

Allegato G

NB: Si ricorda che il beneficiario può richiedere la sostituzione del fornitore inizialmente scelto con un altro fornitore esclusivamente nel caso in cui sussistano gravi motivi opportunamente giustificati.

DICHIARA inoltre

Che il nuovo fornitore scelto per la prestazione integrativa di cui sopra è _____.

Il presente documento, debitamente compilato e firmato, deve essere consegnato all'Assistente Sociale dello Sportello HCP o inviato a mezzo e-mail all'indirizzo homecare.firenzesudest@uslcentro.toscana.it in sede di accettazione del PAI.

2

Luogo e data: _____

Firma del beneficiario/familiare: _____

(NB: Allegare copia di un documento d'identità del firmatario in corso di validità)