

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

ALLEGATO F: SCELTA 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 _____

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, di scegliere per il servizio indicato il fornitore di seguito specificato (*indicare per ciascuna prestazione integrativa prevista nel PAI il fornitore scelto*):

1. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

2. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

3. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

4. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

Società della Salute Fiorentina Sud Est

Piazza della Vittoria 1 – 50012 Bagno a Ripoli (FI)

Via di Antella 58, Loc. Ponte a Niccheri – 50012 Bagno a Ripoli (FI)

sds.firenzesudest@uslcentro.toscana.it

C. F. 94297490487 – P. IVA 07179170480

Allegato F

5. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

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)