**Elenco dei fornitori delle prestazioni integrative previste nell’ambito del**

**progetto HCP 2022 – INPS- SDS Valdinievole**

*Periodo 01.10.2024/30.06.2025*

SCELTA FORNITORE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ), in Via ,

C.F. Tel. Cell.

E-mail

## In qualità di:

□Beneficiario □Familiare □Altro

del/della beneficiario/a nato/a a

il , residente a ( ), in via

C.F. Tel. Cell. E mail

Codice ID H.C.P.

## Ai fini dell’erogazione delle prestazioni integrative previste nell’ambito del progetto HCP2022 ai sensi dell’art. 21 lett. B e ss.

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di scegliere per il servizio indicato, il fornitore di seguito specificato: (*indicare con apposita crocetta il servizio previsto nel PAI e il nominativo del fornitore scelto*)

# SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA:  EDUCATORE PROFESSIONAEL

*Fornitore*

# ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA:  PSICOLOGO

*Fornitore*

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA:  FISIOTERAPISTA

*Fornitore*

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA:  LOGOPEDISTA

*Fornitore*

# SUPPORTI: *Costo e tipologia definiti dal PAI del singolo utente nel limite del 20% del budget individuale annuale, come definito all’articolo 20 comma 5 del bando HCP2022*

*Fornitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Luogo e Data Firma

***Allegare fotocopia di un documento d’identità in corso di validità***