



Allegato 7 Modulo Scelta fornitore

**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*)

a) SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: EDUCATORE PROFESSIONALE

Fornitore _____



Allegato 7 Modulo Scelta fornitore

b) ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: PSICOLOGO

Fornitore _____

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: FISIOTERAPISTA

Fornitore _____

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: LOGOPEDISTA

Fornitore _____

G. 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