



Società della Salute della Toscana

Allegato 8 Modulo "Variazione fornitore"

**Variazione fornitore delle prestazioni integrative  
previste nell'ambito del progetto HCP 2022 – INPS- SDS  
Valdinievole**

Periodo 01.10.2024/30.06.2025

**VARIAZIONE 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/la 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 HCP 2022

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità di voler cambiare la Ditta/Professionista fornitrice delle prestazioni socio assistenziali integrative previste nell'ambito del progetto HCP2022

per il seguente motivo:

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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