



Amministrazione destinataria

Comune di Guspini

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale territoriale -  
PLUS

## Home Care Premium. Acquisto supporti

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

In qualità di

### Dati del Beneficiario (se diverso da chi presenta l'istanza)

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'acquisto di un supporto quale nuova prestazione integrativa per il progetto Home Care Premium

Comune di residenza del beneficiario

di avere regolarmente presentato domanda per la prestazione Home Care Premium all'INPS e che la stessa è stata accettata e pertanto gli è stato rilasciato il seguente numero:

Codice Pratica HCP

Descrizione del supporto da acquistare

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- di aver avuto nulla osta a procedere da parte del Comune di Guspini
- di aver liberamente scelto i fornitori di prestazioni integrative dall'Albo Pubblico dei fornitori accreditati
- di aver ritirato la tessera necessaria per la gestione del servizio
- di essere consapevole che si potrà scegliere al ritiro dell'ausilio presso il fornitore accreditato, mediante la Carte delle prestazioni socio assistenziali, successivamente alla ricezione dell'autorizzazione a procedere da parte dell'Ufficio Home Care Premium
- che il decreto di nomina ad Amministratore di sostegno è già in possesso dell'Amministrazione
- che il decreto di nomina ad Amministratore di sostegno non è stato ancora trasmesso all'Amministrazione

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- copia decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno
- delega  
*(quando richiesta, sarà possibile caricare la delega dopo aver salvato il modulo)*
- preventivo spesa
- copia prescrizione medica
- altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.