

PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022/2025 - Comune di Balestrate Ente Pubblico

**in rappresentanza dei Comuni di Partinico – Borgetto – San Cipirello – Trappeto – Camporeale -
San Giuseppe Jato – Montelepre – Giardinello – Alcamo – Calatafimi – Castellammare del Golfo**



**INPS – Gestione Ex
Inpdap
Direzione Centrale
Credito e Welfare**



DICHIARAZIONE SCELTA DITTA EROGATRICE

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di beneficiario/ titolare per conto di _____
(cancellare la voce che non interessa) in graduatoria per il servizio HCP 2022

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di avere preso visione delle ditte accreditate presso l'Ente pubblico Comune di Balestrate, in rappresentanza dei comuni meglio in intestazione indicati e di scegliere per l'erogazione del servizio delle prestazioni professionali di cui al progetto "Home Care Premium 2022", la seguente ditta:

_____;

dichiara, altresì, che l'eventuale rinuncia e/o cambio della ditta dovrà essere comunicato per iscritto all'ufficio di servizio sociale del Comune di riferimento.

Si allega copia documento identità in corso di validità.

Comune di _____, li _____

Firma
