



**PLUS 21** PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI

COMUNI DI MONASTIR, MONSERRATO, NURAMINIS, QUARTUCCIU, SELARGIUS, SESTU, SETTIMO SAN PIETRO, USSANA  
ATS SARDEGNA

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



**MODELLO A – VOUCHER**

**BENEFICIARIO:**  
**PRESTAZIONE INTEGRATIVA RICHIESTA:**  
**PERIODO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO:**  
**MONTE ORE:**  
**BUDGET TOTALE MAX:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via/loc. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- ai sensi del DPR 445/2000 di essere:
  - Beneficiario del voucher Home Care Premium 2019**
  - Responsabile del Progetto Home Care Premium 2019**
- di aver scelto come Soggetto erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto: \_\_\_\_\_, iscritto al "Registro degli Organismi del Terzo Settore del Plus 21", per le seguenti prestazioni \_\_\_\_\_ per l'importo totale max di euro (€) \_\_\_\_\_
- di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, modificato dal D. Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente Modello A.

**Soggetto erogatore**

\_\_\_\_\_ con sede legale  
(Comune) \_\_\_\_\_ P. IVA / C.F. \_\_\_\_\_  
Rappresentante legale \_\_\_\_\_ e-mail/Pec \_\_\_\_\_

**DICHIARA,**

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di essere iscritto al "Registro degli Organismi del Terzo Settore del Plus 21" e di impegnarsi ad erogare la seguente prestazione integrativa prevista dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2019: \_\_\_\_\_, per l'importo totale max di euro (€) \_\_\_\_\_

**N.B.:** il suddetto modulo va **compilato** in ogni sua parte **dal soggetto beneficiario e dal Soggetto erogatore**, il quale avrà cura di inviarlo al Plus 21, *entro e non oltre il giorno successivo alla sottoscrizione*. Nel caso in cui il beneficiario usufruisca di diverse prestazioni e intenda affidarle a diversi soggetti erogatori, dovranno essere compilati tanti modelli quanti sono i diversi soggetti erogatori.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
*Luogo* *data*

Firma del Beneficiario/Responsabile  
Progetto Home Care Premium 2019

Firma/timbro del Soggetto erogatore

Firma del Commissario ad acta  
del Plus 21

\_\_\_\_\_  
Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dei sottoscrittori