

**Elenco dei fornitori delle prestazioni integrative
previste nell'ambito del
progetto HCP 2022 – INPS- SDS Area Pratese
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)

B. ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: PSICOLOGO

Fornitore _____

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: FISIOTERAPISTA

Fornitore _____

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: LOGOPEDISTA

Fornitore _____

C. SERVIZI E STRUTTURE A CARATTERE EXTRADOMICILIARE

CENTRI DIURNI SOCIO-EDUCATIVI RIABILITATIVI DIURNI PER DISABILI;

Struttura (*denominazione ed indirizzo*) _____

Fornitore _____

CENTRO DIURNO ANZIANI

Struttura (*denominazione ed indirizzo*) _____

Fornitore _____

D. SOLLIEVO DOMICILIARE

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA ASSISTENTE FAMILIARE

Fornitore _____

E. TRASFERIMENTO ASSISTITO

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 _____

H. PERCORSI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: EDUCATORE PROFESSIONALE

Fornitore _____

I. SERVIZI DI INTERVENTO PER LA VALORIZZAZIONE DELLE DIVERSE ABILITÀ E PER L'INSERIMENTO OCCUPAZIONALE

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: EDUCATORE PROFESSIONALE

Fornitore _____

L. SERVIZI PER MINORI AFFETTI DA AUTISMO

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: EDUCATORE PROFESSIONALE

Fornitore _____

M. SERVIZIO ATTIVITA' SPORTIVE A DIVERSAMENTE ABILI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA: ISTRUTTORE QUALIFICATO e/o PROFESSIONISTA

Fornitore _____

Luogo e Data _____ Firma _____

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