

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