



Allegato 2 Adempimenti Monitoraggio

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di professionisti iscritti ai relativi Albi di appartenenza per l'erogazione di prestazioni integrative di cui agli artt. 17 e 18 del Bando HOME CARE PREMIUM 2025 Assistenza Domiciliare finanziato da INPS.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / ___ / C.F. _____ residente in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

Ai sensi del DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n°445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA E SI IMPEGNA A

- Collaborare con la SDS Area Pratese attraverso un monitoraggio costante delle prestazioni integrative per le quali si è candidato;
- In particolare :
 - comunicare alla Sportello HCP della SdS Area Pratese all'indirizzo mail sportellohcp@comune.prato.it l'avvenuta scelta da parte del beneficiario e la data degli appuntamenti concordati per l'erogazione della prestazione integrativa;
 - comunicare allo Sportello HCP della SdS Area Pratese all'indirizzo mail sportellohcp@comune.prato.it l'avvenuta erogazione della prestazione integrativa;
 - comunicare eventuali variazioni in merito all'appuntamento e/o alla erogazione della prestazione integrativa richiesta dal beneficiario.

N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal libero professionista; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.

(luogo e data) _____

(firma del libero professionista) _____

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.