

# Allegato B2 – Elenco dipendenti

ELENCO SOGGETTI ACCREDITATI DEL PLUS 21 - AVVISO PUBBLICO

Al Plus 21 – Servizio HCP  
Comune di Sestu  
Via Scipione n. 1  
09028 Sestu

OGGETTO: AVVISO PER L’ACCREDITAMENTO DI SOGGETTI PER L’ATTIVAZIONE DEL PROGETTO INPS  
“HOME CARE PREMIUM 2025-2028”

## ELENCO DEL PERSONALE DIPENDENTE PER IL QUALE SI RICHIEDE L’ACCREDITAMENTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]  
Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Via \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di Rappresentante Legale dello Studio Associato \_\_\_\_\_  
o Società \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l’iscrizione nell’elenco di soggetti attuatori di “prestazioni integrative” di cui al progetto “Home Care Premium 2025-2028 – INPS – Gestione Dipendenti Pubblici per i seguenti operatori, dipendenti dalla Ditta rappresentata:

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Albo professionale	Numero di iscrizione all'albo	Data di iscrizione all'Albo	Prestazione integrativa erogata	Tariffa oraria lorda (comprensiva di ogni onere e imposta)

# Allegato B2 – Elenco dipendenti

ELENCO SOGGETTI ACCREDITATI DEL PLUS 21 - AVVISO PUBBLICO


Si allegano, a tal fine, le dichiarazioni sottoscritte dai professionisti sopra generalizzati.

**Istruzioni Compilazione:**

- Indicare i dati dei professionisti che svolgeranno i servizi HCP;
- In caso di OSS e OSA nelle colonne “Albo professionale” e “Numero di iscrizione all’albo” indicare “non previsto”
- In caso di Educatore professionale socio-pedagogico nella colonna “Albo professionale” indicare l’albo al quale si è presentata domanda di iscrizione e nella colonna “Numero di iscrizione all’albo” indicare la data di presentazione della domanda di iscrizione all’albo;
- Il file è modificabile, in caso di più professionisti potete aggiungere nuove righe.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile del legale rappresentante)