

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’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE DAL BANDO 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)