



# COMUNE DI TRAPPETO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.41

PROGETTO HOME CARE PREMIUM

## AVVISO PUBBLICO

Gli utenti richiedenti il servizio Home Care Premium 2019, rientrati in graduatoria, possono effettuare la scelta della ditta erogatrice presso il Comune di Balestrate, Capofila del Progetto HCP 2019, nei giorni di ricevimento al pubblico: lunedì e venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 ed il mercoledì pomeriggio dalle ore 15:00 alle ore 18:00, ritirando il modello allegato, il catalogo dei servizi e la brochure presso l'ufficio solidarietà sociale e facendolo pervenire al protocollo del Comune di Balestrate entro il 08.07.2019.

Dal 1° luglio c.a. sarà attiva, nuovamente, la piattaforma INPS sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it) che consentirà ad altri aspiranti utenti di poter fare domanda di assistenza per HCP 2019. Qualora gli stessi saranno ammessi al beneficio potranno effettuare la scelta del fornitore presso il Comune di Balestrate capofila.

Il Responsabile del settore  
Affari generali  
Maria Russo



D.S.S. NR. 41 E 55

Comune capofila Balestrate limitatamente al progetto HCP 2019



Comuni di Balestrate - Partinico – Borgetto – San Cipirello – Trappeto – Camporeale - San Giuseppe Jato – Montelepre – Giardinello – Alcamo – Calatafimi – Castellammare del Golfo

### DICHIARAZIONE SCELTA DITTA EROGATRICE

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario/ titolare per conto di \_\_\_\_\_  
(cancellare la voce che non interessa) in graduatoria per il servizio HCP 2019

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di avere preso visione delle ditte accreditate ai Distretti Socio Sanitari n. 41 e n.55 e di scegliere per l'erogazione del servizio delle prestazioni professionali di cui al progetto "Home Care Premium 2019", la seguente ditta:

\_\_\_\_\_;

dichiara, altresì, che l'eventuale rinuncia e/o cambio della ditta dovrà essere comunicato per iscritto all'ufficio di servizio sociale del Comune di riferimento.

Si allega copia documento identità in corso di validità.

Comune di \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_