

**MODELLO DELEGA HCP 2022/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

numero di telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

Beneficiario del Progetto Home Care Premium 2022/2025

Responsabile del Progetto Home Care Premium 2022/2025 in favore di:

\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445; in caso di dichiarazioni false o non più corrispondenti al vero, decadrebbe immediatamente, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dall'eventuale beneficio acquisito;

**DELEGA ALLA QUIETANZA DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE IL SEGUENTE SOGGETTO EROGATORE:**

Denominazione \_\_\_\_\_ con

sede legale (Comune) \_\_\_\_\_

P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_

Rappresentante legale \_\_\_\_\_

e-mail/pec \_\_\_\_\_

per la seguente prestazione integrativa \_\_\_\_\_

Dichiara di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, modificato dal D. Lgs. n. 101 del 10 Agosto 2018, e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR).

Lì, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega copia di un documento di identità in corso di validità del delegante