



Progetto Home Care Premium

ASSISTENZA DOMICILIARE

### AUTORIZZAZIONE ALLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (beneficiario),  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
e

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (dante causa)<sup>1</sup>,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

preso atto dell'Avviso Pubblico per l'intervento in favore di soggetti non autosufficienti e fragili rivolto agli utenti dell'INPS – gestione dipendenti pubblici nell'ambito del progetto Home Care Premium – Assistenza Domiciliare

### AUTORIZZANO

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

a presentare richiesta per loro conto per l'accesso del beneficiario alle prestazioni di cui al suddetto progetto, con l'ausilio dello sportello HCP della Società della Salute di Firenze, utilizzando le credenziali d'accesso (PIN o Carta Nazionale dei Servizi abilitata) ai servizi online dell'INPS – gestione dipendenti pubblici assegnate a \_\_\_\_\_ (indicare il nome del titolare delle credenziali).

Data \_\_\_\_\_

Il beneficiario \_\_\_\_\_

Il dante causa \_\_\_\_\_

**N.B.: OCCORRE ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO DEL BENEFICIARIO, DEL DANTE CAUSA E DELLA PERSONA AUTORIZZATA**

<sup>1</sup> Per "dante causa" si intende il titolare del diritto (dipendente o pensionato pubblico). I dati del dante causa non vanno indicati se quest'ultimo coincide con il beneficiario