



ARMUNGIA



BALLAO



CASTIADAS



MURAVERA



SANNICOLO'



SAN VITO



SILIUS



VILLAPUTZU



VILLASALTO



VILLASIMIUS

**UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS  
UFFICIO DI PIANO  
AMBITO PLUS SARRABUS GERREI**



**MODELLO D**

**DICHIARAZIONE AVVENUTA EROGAZIONE DEL SERVIZIO**

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

Residente a \_\_\_\_\_ in via/loc. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Beneficiario del voucher Home Care Premium 2022**
- Responsabile del Piano Home Care premium 2022**

**E**

Soggetto erogatore \_\_\_\_\_

con sede legale (Comune) \_\_\_\_\_ P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_

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

**DICHIARANO**

Il beneficiario del Piano HCP\_2022 / Responsabile del piano HCP\_2022 di aver usufruito delle seguenti prestazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

per i mesi di (indicare ciascuna mensilità)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

per l'importo totale pari ad euro (€) \_\_\_\_\_

**Il soggetto erogatore:** di aver erogato le suddette prestazioni.

Firma del Beneficiario/Responsabile  
Progetto Home Care Premium 2022

\_\_\_\_\_

Firma/timbro del soggetto erogatore

\_\_\_\_\_