



MODELLO D

DICHIARAZIONE AVVENUTA EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc. _____

Codice fiscale tel/cell _____

- Beneficiario del voucher Home Care Premium 2017
- Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2017"

E

Soggetto erogatore _____ con sede legale
(Comune) _____ P.IVA/C.F. _____
Rappresentante legale _____

DICHIARANO

Il beneficiario del Piano Hcp2017/Responsabile/dante causa del piano HCP 2017 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 2017

Firma/timbro del soggetto erogatore
