# UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS UFFICIO DI PIANO

**AMBITO SARRABUS GERREI**

**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 2019

* **Responsabile del Piano “Home Care premium 2019”**

**E**

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

**DICHIARANO**

**Il beneficiario del Piano Hcp2019** / Responsabile del piano HCP 2019 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 2019 Firma/timbro del soggetto erogatore