**MODULO DA COMPILARE PER LA CERTIFICAZIONE INTESTATA ALL’OSPITE/UTENTE**

Spett.le

ASP PROGETTO PERSONA

Azienda intercomunale Servizi alla Persona

V.le Filippini, n. 65

42045 Luzzara

Oggetto: **richiesta della certificazione per spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica relativa all’anno 2014 intestata all’ospite/ utente.**

Io sottoscritto (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fruitore del servizio (specificare sede struttura o servizio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente sono a richiedere la certificazione per le spese di assistenza medica generica e di assistenza specifica sostenute e pagate nell’anno 2014.

Chiedo di ritirare la certificazione con una delle seguenti modalità: (barrare con una x)

* Ritiro presso casa residenza anziani/centro diurno
* Ritiro presso uffici amministrativi: Viale Filippini, n. 65 42045 Luzzara
* Posta elettronica all’indirizzo email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Posta ordinaria all’indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO DA COMPILARE PER LA CERTIFICAZIONE INTESTATA AL FAMIGLIARE**

Spett.le

ASP PROGETTO PERSONA

Azienda intercomunale Servizi alla Persona

V.le Filippini, n. 65

42045 Luzzara

Oggetto: **richiesta della certificazione per spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica relativa all’anno 2014 intestata ai famigliari.**

Il sottoscritto (nome e cognome del famigliare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Famigliare dell’ospite (nome e cognome ospite)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fruitore del servizio (specificare sede struttura o servizio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente sono a richiedere la sua certificazione per le spese di assistenza medica generica e di assistenza specifica sostenute e pagate nell’anno 2014.

Consapevole che la mia richiesta non sarà presa in considerazione se non accompagnata dal verbale di invalidità rilasciata ai sensi della L. 104/92 art. n. 3, allego copia del verbale.

Chiedo di ritirare la certificazione con una delle seguenti modalità: (barrare con una x)

* Ritiro presso casa residenza anziani/centro diurno
* Ritiro presso uffici amministrativi: Viale Filippini, n. 65 42045 Luzzara
* Posta elettronica all’indirizzo email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Posta ordinaria all’indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_