

MODULO DA COMPILARE PER LA CERTIFICAZIONE

INTESTATA ALL'OSPITE

Spett.le
ASP PROGETTO PERSONA
“AZIENDA INTERCOMUNALE SERVIZI ALLA PERSONA”
GUASTALLA (RE)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il _____ e residente a _____ ()

in via _____ C.F. _____,

CHIEDO

che l'attestazione annuale delle spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica rilasciata da Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Progetto Persona" per l'anno 2015, ai sensi della Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna n. 2110/2009 sia direttamente intestata al/alla sottoscritto/a

In Fede

Data _____

Chiedo di ritirare la certificazione con la seguente modalità: (barrare con una X)

- presso la Casa Residenza Anziani / Centro Diurno
- presso gli Uffici Amministrativi ASP: Viale Filippini, 65 – Luzzara
- con posta elettronica all'indirizzo e-mail _____
- con posta ordinaria all'indirizzo _____

MODULO DA COMPILARE PER LA CERTIFICAZIONE

INTESTATA AL FAMILIARE

Spett.le
ASP PROGETTO PERSONA
“AZIENDA INTERCOMUNALE SERVIZI ALLA PERSONA”
GUASTALLA (RE)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
il _____ e residente a _____ () in via
_____, C.F. _____, avvalendomi delle

disposizioni di cui al D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni ed integrazioni e
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del decreto suindicato per false attestazioni e
mendaci dichiarazioni;

Consapevole che la presente sarà presa in considerazione se accompagnata dal verbale di invalidità
rilasciata ai sensi della L. 104/92 art. n. 3,

CHIEDO

che l'attestazione annuale delle spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica rilasciata
da Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Progetto Persona" per l'anno 2015, ai sensi della
Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna n. 2110/2009 sia direttamente intestata al/alla
sottoscritto/a

DICHIARO PERTANTO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'

che nell'anno 2015 ho effettivamente sostenuto il pagamento delle rette Sig.
_____ C. F. _____

con somme di mia pertinenza e titolarità., conformemente a quanto previsto nella Circolare
Ministeriale n. 39/E del 01/07/2010 al punto 3.1.

In Fede

Data _____

In allegato: Copia Documento d'identità, codice fiscale, Verbale L. 104/92

Chiedo di ritirare la certificazione con la seguente modalità: (barrare con una X)

- presso la Casa Residenza Anziani / Centro Diurno
- presso gli Uffici Amministrativi ASP: Viale Filippini, 65 – Luzzara
- con posta elettronica all'indirizzo e-mail _____
- con posta ordinaria all'indirizzo _____