



**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 2014**
- Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2014"**

**E**

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

**DICHIARANO**

**Il beneficiario del Piano Hcp2014/Responsabile/dante causa del piano HCP 2014 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 2014

Firma/timbro del soggetto erogatore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_