AL DIRETTORE GENERALE ASL BT
ANDRIA

OGGETTO: ASSEGNO DI CURA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ codice fiscale _____, residente in _____, CAP _____ via _____, in qualità di referente e per conto del/la Sig./ra _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ in Via _____al fine dell'espletamento del beneficio dell' "Assegno di Cura" assegnato con atto deliberativo ASL BT n. 1041 dell' 01/07/2014

DICHIARA CHE

DAL _____ AL _____

☐ NON HA SUBITO ALCUN RICOVERO

☐ E' STATO/A RICOVERATO/A dal _____al _____ presso _____ (allegare documentazione relativa alle dimissioni)

☐ NELL'ANNO 2014 NON HA USUFRUITO DI ALCUN CONTRIBUTO

☐ HA USUFRUITO DEL CONTRIBUTO _____

☐ L'IBAN E' IL SEGUENTE _____

INTESTATO A _____

Data, _____

Firma

_____