

ATTESTAZIONE SPESE SOSTENUTE

Il/la sottoscritta _____ nato/a a _____ il
_____ Codice Fiscale: _____ residente a Arborea in Via/Corso/Strada
_____ n. _____, telefono n. _____ mail:

DICHIARA DI AVER SOSTENUTO LE SEGUENTI SPESE:

TIPOLOGIA DI SPESA	IMPORTO TOTALE SOSTENUTO	PEZZA GIUSTIFICATIVA ALLEGATA (es. fattura n. /scontrino n.)
Servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona		
Servizi professionali educativi		
Spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante		
Accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale		
Spese di soggiorno presso strutture sociali autorizzate o presso RSA autorizzate limitatamente al pagamento della quota sociale		
Spese per acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal SSR		
Acquisizione da farmaci da banco prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica e non forniti dal SSR		

NB: tutte le succitate spese devono avere una prescrizione da parte del medico curante che va allegata alla presente dichiarazione insieme alle fatture e/o scontrini.

Data _____

Firma _____