

**ALLEGATO E: CERTIFICAZIONE SERVIZIO DEL FORNITORE
PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 – CIG: B35B0AE993**

(Compilazione e sottoscrizione a cura del fornitore)

FORNITORE: _____

MESE DI RIFERIMENTO: _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____)

il _____, C.F. _____

residente in _____ (Prov. _____)

Via/Piazza _____, n° _____

PEC _____, E-mail _____

Tel. _____;

In qualità di coordinatore/referente del fornitore sopra indicato per il progetto HCP 2022, **certifica** l'erogazione delle prestazioni integrative di seguito indicate:

N.	Codice Pratica Identificativo HCP Beneficiario	Tipologia di prestazione integrativa	Totale ore/quantità erogate	Importo totale in €
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				



Allegato E

L'importo complessivo delle prestazioni integrative per il mese di riferimento è pari a € _____.

Si allega alla presente certificazione **fattura/nota di debito proforma** intestata alla Società della Salute Fiorentina Sud Est, realizzata secondo le indicazioni dell'Avviso pubblico e della Convenzione sottoscritta con la SDS.

NB: Si precisa che non verranno riconosciuti i costi di prestazioni integrative non indicate nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) del beneficiario e all'interno del corrispondente "voucher", erogate dal fornitore in mancanza del consenso e dell'autorizzazione della Società della Salute Fiorentina Sud Est.

2

La presente certificazione deve essere trasmessa entro il 15 (quindici) del mese successivo a quello di riferimento all'indirizzo homecare.firenzesudest@uslcentro.toscana.it

Luogo e data: _____

Firma del fornitore: _____