

**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.***

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

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_

**Firma del fornitore:** \_\_\_\_\_