

1. Pagamento **fornitura energia elettrica** per un importo di € _____ di cui
€ _____ rimborsato da altra misura;
2. Pagamento **fornitura di riscaldamento** (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di
€ _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
3. Pagamento **medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € _____ di cui
€ _____ rimborsato da altra misura
4. Pagamento di servizi professionali di assistenza alla persona a favore del beneficiario pari a
€ _____

Allega alla presente:

- Attestati di pagamento in originale delle spese effettuate (gli scontrini dovranno essere parlanti e dovrà essere indicato il codice fiscale del beneficiario);
- Pezze giustificative per l'acquisizione di servizi di assistenza alla persona;

(luogo)

(data)

Firma del dichiarante
