

Spett.le I.R.E. Venezia  
San Marco 4301  
Palazzo Contarini del Bovolo  
30124 VENEZIA

Il/la sottoscritto/a COGNOME ..... NOME .....,  
nato/a a ..... il ..... e residente a  
.....

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 76  
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in qualità di:

- parente / affine (indicare la relazione di parentela/affinità) .....;
- tutore;
- amministratore di sostegno;
- altro (specificare) .....

dell'ospite COGNOME ..... NOME .....

- Residenza .....;
- Centro Diurno .....

chiede il rilascio della certificazione attestante le spese sanitarie che per l'anno 2016 sono state  
pagate per l'ospite sopraindicato, in quanto non coperte dal contributo sanitario regionale.

Telefono (per eventuali contatti) .....

Venezia li .....

IN FEDE

**Allegata copia documento di identità in corso di validità.**

**N.B. Le certificazioni saranno disponibili presso la portineria di ciascuna struttura di riferimento dal 17 aprile 2017.**

- si invita ad inviare il presente modello compilato e corredato dal Documento d'Identità via FAX allo  
041 52 17 419;

- nel caso in cui l'ospite non sia più presente in struttura, specificare l'indirizzo di recapito postale.