

Spett.le I.P.A.V.  
Centro Servizi  
Antica Scuola dei Battuti  
Via Spalti, 1- 30174 MESTRE - VE

**Oggetto: Richiesta Certificazione della Spesa Sanitaria relativa alle rette dell'anno 2019  
"OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI" - "CENTRI DIURNI" – "SOGGIORNI PRIVATI"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ richiede il rilascio della Certificazione attestante le Spese Sanitarie  
che per l'anno 2019 sono state pagate per **ospite Sig.ra/Sig.**  
\_\_\_\_\_, in quanto non coperte dal contributo sanitario regionale.

**Barrare il servizio:**      Residenziali                      Centri diurni                      Soggiorni privati

Mestre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----