

TIMBRO DELLO STUDIO ODONTOIATRICO

MODULO DI ADESIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER PRESTAZIONE DI CURE ODONTOIATRICHE A VALERSI PER LA CONCESSIONE DEI RELATIVI VOUCHERS RIVOLTO AI MINORI FACENTI PARTE DEI NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI di Reddito di Cittadinanza - PON INCLUSIONE AV3-2016_PUG-32 - CUP B49DI4018440006

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ il

consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

- Di essere il/la legale rappresentante dello studio odontoiatrico _____ Partita IVA _____ con sede legale in _____ alla via _____
INDIRIZZO PEC: _____
- MANIFESTA DISPONIBILITA' AD ESEGUIRE LA PRESTAZIONE DI CURE ODONTOIATRICHE CHE TROVANO COPERTURA ECONOMICA CON IL RELATIVO VOUCHER RIVOLTO AI MINORI FACENTI PARTE DEI NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI DI RDC.

DICHIARA altresì:

Che, a prestazione sanitaria eseguita, provvederà ad inviare regolare fattura all'Ufficio di Piano.

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che

La fattura potrà essere emessa entro il giorno 30/06/2022 e dovrà contenere la seguente dicitura: PON INCLUSIONE AV3-2016_PUG-32 - CUP B49DI4018440006

In fede (Timbro e
firma)

- Allegati: carta d'identità

(la presente compilata in tutte le sue parti deve essere allegata all'istanza di partecipazione presentata dal beneficiario).