

Avviso agli utenti/familiari

Agevolazioni fiscali per gli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali e per gli utenti dei servizi di assistenza domiciliare.

La normativa fiscale prevede la possibilità di usufruire di detrazioni e deduzioni fiscali da parte degli anziani che beneficiano dei nostri servizi.

E' possibile detrarre o dedurre le spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica relative all'anno **2020**

Per gli utenti e i famigliari che intendano detrarre le suddette spese, **è disponibile presso la Guardiola degli operatori**, il modello di richiesta della certificazione stessa, oppure lo stesso modello è scaricabile dal sito, www.aspprogettopersona.it nella sezione NEWS.

Gli interessati potranno inviare il modello compilato, ed eventuali allegati, con le seguenti modalità:

- A) e-mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica
segreteria@asp.progettopersona.re.it
aspprogettopersonasegreteria@pec.it
- B) Fax al n. 0522 976695
- C) consegna a mano o spedizione postale al seguente indirizzo:
ASP PROGETTO PERSONA Viale Filippini, n. 65 42045 LUZZARA
- D) Consegna a mano al coordinatore del servizio di riferimento

Per informazioni ufficio segreteria ASP PROGETTO PERSONA tel. 0522 976049 979858.

Come da disposizioni della Regione Emilia Romagna di febbraio 2017, la predetta certificazione **non** rientra a far parte del Modello "730 precompilato" **non** essendo l'ASP Progetto Persona inclusa fra i soggetti di cui all'art. 3 comma 3 del D.Lgs 21/11/2014 n. 175 obbligata alla trasmissione telematica dei dati utili al "730 precompilato".

ASSISTENZA DOMICILIARE

gli utenti e i famigliari che intendano detrarre le suddette spese, per il ritiro del modulo si possono rivolgere agli operatori domiciliari.

Sede Legale: P.zza Mazzini, 1 - 42016 Guastalla (RE)

Sede Amministrativa: V.le Filippini, 65 - 42045 Luzzara (RE)

codice fiscale e partita iva: 02327140352

Tel. 0522 976049 / 0522 979858 - Fax 0522 976695

Sito Internet: www.aspprogettopersona.it

E-mail: segreteria@asp.progettopersona.re.it

E-mail: aspprogettopersonasegreteria@pec.it

MODULO DA COMPILARE PER LA CERTIFICAZIONE

INTESTATA ALL'OSPITE

Spett.le
ASP PROGETTO PERSONA
“AZIENDA INTERCOMUNALE SERVIZI ALLA PERSONA”
GUASTALLA (RE)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il _____ e residente a _____ ()

in via _____ C.F. _____,

CHIEDO

che l'attestazione annuale delle spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica rilasciata da Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Progetto Persona" per l'anno 2020, ai sensi della Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna n. 2110/2009 sia direttamente intestata al/alla sottoscritto/a

In Fede

Data _____

Chiedo di ritirare la certificazione con la seguente modalità: (barrare con una X)

- presso la Casa Residenza Anziani / Centro Diurno di _____
- presso gli Uffici Amministrativi ASP: Viale Filippini, 65 – Luzzara
- con posta elettronica all'indirizzo e-mail _____
- con posta ordinaria all'indirizzo _____

MODULO DA COMPILARE PER LA CERTIFICAZIONE

INTESTATA AL FAMILIARE

Spett.le
ASP PROGETTO PERSONA
“AZIENDA INTERCOMUNALE SERVIZI ALLA PERSONA”
GUASTALLA (RE)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
il _____ e residente a _____ () in via
_____, C.F. _____, avvalendomi delle
disposizioni di cui al D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni ed integrazioni e
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del decreto suindicato per false attestazioni e
mendaci dichiarazioni;

CHIEDO

che l'attestazione annuale delle spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica rilasciata
da Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Progetto Persona" per l'anno 2020, ai sensi della
Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna n. 2110/2009 sia direttamente intestata al/alla
sottoscritto/a

DICHIARO PERTANTO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'

che nell'anno 2020 ho effettivamente sostenuto il pagamento delle rette del Sig.
_____ C. F. _____ **(invalido ai sensi della L. 104/92 art. n. 3)**,
con somme di mia pertinenza e titolarità conformemente a quanto previsto nella Circolare Ministeriale
n. 39/E del 01/07/2010 al punto 3.1.,

In Fede

Data _____

In allegato: Copia Documento d'identità, codice fiscale.

Chiedo di ritirare la certificazione con la seguente modalità: (barrare con una X)

- presso la Casa Residenza Anziani / Centro Diurno di _____
- presso gli Uffici Amministrativi ASP: Viale Filippini, 65 – Luzzara
- con posta elettronica all'indirizzo e-mail _____
- con posta ordinaria all'indirizzo _____