



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore Generale  
dell' Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
(A. S. P.)  
POTENZA

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente \_\_\_\_\_

in Via /C.da \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

che per lo stesso ammontare di spesa non sono stati richiesti né ottenuti contributi per la percentuale del 20% a carico del bilancio dello Stato o di altri Enti Pubblici.  
Distinti saluti.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)