

C E R T I F I C O

NOMBRE Y APELLIDOS, como Director/a del centro **Nombre** que presta servicio de Centro de día/ SEPAP en el municipio de **XXXX** y que tiene concertadas/conveniadas XX plazas con el IMAS.

EXPONGO:

Que los usuarios que a continuación se relacionan que prestan servicio de **centro de día/ SEPAP** en nuestro centro, en el año 2016 **no** ha satisfecho las cantidades que le corresponde en concepto de participación en la financiación de las prestaciones económicas y servicios del sistema de autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que establece en el Decreto 126/2010 de 28 de mayo.

Nombre y apellidos	DNI	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
		Importes					
							TOTAL

Lo que firmo en Murcia, a **xx** de Junio de 2016.

Fdo.:.