

Carta intestata

Io sottoscrittonato
a.....(.....)
il.....CF.....

Legale rappresentante della RSA o Struttura
specializzata che presta servizi socio-assistenziali

.....
.....

DICHIARO

Che il Sig./Sig.ra.....
nato/a.....(.....)
il.....:

a) è / sarà ricoverato dal.....;

b)la retta mensile complessiva per il ricovero è
.....;

c)la quota a carico del SSN è.....

In fede

FIRMA

Data...../...../.....