

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 stato ricoverato dal.....

b) e che tutt'ora permane la condizione di
ricovero;

b)la retta giornaliera complessiva per il ricovero è
.....*;

Così suddivisa:

c)quota a carico del SSN

d)quota a carico del beneficiario

In fede

FIRMA

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

(* importo da utilizzare per il calcolo mensile medio annuo richiesto nella domanda; il calcolo va effettuato moltiplicando la quota giornaliera per 365 e dividendola per 12 per poi inserirlo nella domanda)