

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 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)