

Carta intestata

Io sottoscritto .....nato  
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.....e che  
tutt'ora permane la condizione di ricovero;

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

c)la quota a carico del SSN è.....

In fede

FIRMA

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