

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.....
- 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)