

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.....e che
tutt'ora permane la condizione di ricovero;
- b)** Che i costi comunicati non hanno subito variazioni.

Oppure:

- Che la retta giornaliera complessiva per il
ricovero è variata in*

Così suddivisa:

quota a carico del SSN

quota a carico del beneficiario

- c)** che non ci sono state interruzioni di ricovero superiori
a 15 giorni riferiti al singolo mese

- d)** che è stato assente per un periodo superiore ai 15
giorni nel mese di :

-
-
-

f) che sono intervenute riduzioni di importo per il mese di:.....e che l'importo pagato dal beneficiario ricoverato è stato di €

g) che sono intervenute riduzioni di importo per il mese di:..... e che l'importo pagato dal beneficiario ricoverato è stato di €

h) che sono intervenute riduzioni di importo per il mese di:.....;..... e che l'importo pagato dal beneficiario ricoverato è stato di €

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

In fede

FIRMA

*(* 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)