

DISTRETTO SANITARIO _____

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Del soggetto autorizzato al ricovero in R.S.A.

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

in possesso del parere favorevole al ricovero in RSA

per giorni.....si impegna a corrispondere la quota parte della diaria a suo carico di

euro...../die

Completamente

Parzialmente

Data.....

Firma.....

Nel caso di dichiarazione resa da familiare/amministratore di sostegno/tutore:

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

in qualità di tutore si impegna a corrispondere la quota parte della diaria a carico del/la sig./sig.ra

..... nato/a a.....

il..... di euro..... /die

Data

Firma