

Data \_\_\_\_\_

Spett.le Fondazione  
Casa di riposo

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Tutore/Curatore/ADS
- Parente delegato in attesa di ADS
- Ospite

relativamente alla retta di degenza

del sig. \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità che :

- l'ospite \_\_\_\_\_ non è titolare di alcuna pensione o altro reddito,
- l'ospite \_\_\_\_\_ è titolare dei seguenti redditi:

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pertanto i soggetti che partecipano alla copertura della retta assistenziale sono:

\_\_\_\_\_ IMPORTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IMPORTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IMPORTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IMPORTO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione relativa alla compartecipazione della copertura retta.

Firma \_\_\_\_\_