

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)** 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)