

CARTA INTESTATA

Modello Trimestrale

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 :

-
-
-

CARTA INTESTATA

Modello Trimestrale

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)