

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

U.O.C. DISTRETTO SABINO

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____
in possesso del parere favorevole al ricovero 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 sottoscritta a _____
nato/a a _____ il _____
in qualità di familiare / amministratore di sostegno / tutore si impegna a corrispondere la quota
parte della diaria a carico del / della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
di euro _____/die.

Data _____

Firma _____