



**ASPeF**

Il cuore della città

Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia  
P.le Michelangelo,1 – 46100 (MN)  
TEL. 0376/357811 – FAX 0376/360608

**OGGETTO: Dichiarazione impegno di pagamento della retta mensile**

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
In via/p.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ in qualità di Familiare/Garante/  
Amministratore di sostegno/Tutore del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

DICHIARA

di assumere l'impegno a garantire il pagamento della retta mensile.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_