



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
