



OGGETTO: Dichiarazione impegno pagamento della retta mensile

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

DICHIARA

di sottoscrivere, all'atto d'ingresso nella Comunità Socio-Sanitaria gestita da ASPEF,
l'impegnativa di pagamento della retta giornaliera mensile di degenza.

Data _____

Il Dichiarante
