

Al Servizio socio-assistenziale
Casa di Riposo

GRADO

Impegnativa al pagamento

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

E residente a _____ in via _____

Tel.n. _____ C.F. _____

In qualità di _____

In relazione alla domanda di ammissione a codesta Casa di Riposo relativa al sig./ra _____

_____ nato/a a _____

il _____

avendo preso atto delle disposizioni contenute nel vigente regolamento

SI IMPEGNA

- A corrispondere mensilmente la retta di degenza in vigore per l'ospite su indicato, entro il giorno dieci del mese in scadenza, nonché tutti gli aumenti della predetta retta giornaliera di degenza nella misura stabilita di anno in anno dall'Amministrazione Comunale.
- Al pagamento delle eventuali spese per medicinali e cure particolari da prestarsi all'ospite medesimo;
- Al pagamento delle eventuali spese di trasporto per visite mediche specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali presso i vari presidi ospedalieri.

DICHIARA

- Che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione del ricoverando
- Che l'impegnativa sarà valida per tutta la durata della degenza dell'ospite in parola.

- Che il **RICOVERANDO** è titolare dei seguenti redditi:

Da pensione (indicare Ente erogatore, categoria) per un importo di :

Da patrimonio immobiliare (se proprietario di immobili):

Da patrimonio mobiliare:

➤ Che il **SOTTOSCRITTO** è titolare dei seguenti redditi:

Si allega la seguente documentazione reddituale:

- CUD
- Mod. 730
- Mod. 740
- Altro

Ulteriori dichiarazioni

Si allega fotocopia documento di identità del dichiarante.

Luogo e Data _____

(firma)