



Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Data di Nascita

Luogo di nascita

Residenza

Via 0

N.

Comune

Prov.

Codice Fiscale

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75D.P.R.445/2000).

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente modulistica

SI IMPEGNA

A garantire la corresponsione dell'intera retta di ricovero o della quota parte stabilita, necessaria a coprire interamente il corrispettivo dovuto, indicato dal CdA della Casa di Riposo, nonché a saldare eventuali insoluti a fronte dei servizi erogati

a nome e per conto del/la Sig./ra

Cognome

Nome

Data di Nascita

Luogo di nascita

Prossimo congiunto

In qualità di

Amministratore di Sostegno

Legale Rappresentante

Altro (Specificare)

a nome e per conto di se stesso/a in qualità di DIRETTO INTERESSATO

La copertura economica necessaria all'assolvimento dell'impegno di spesa assunto dal **diretto interessato**, viene garantita dal/la Sig./ra:

Cognome

Nome

Data di Nascita

Luogo di nascita

Residenza

Via

N.

Comune

Prov.

Borgosesia, li

Firma del contraente

Firma del garante (ove prevista)

