



Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Data di Nascita

Luogo di nascita

Residenza

Via

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)

