

Spett.le
Centro Residenziale per Anziani
"Domenico Sartor"
Via Ospedale, 12
31033 Castelfranco Veneto (TV)

a cura dell'Ente

Accoglienza in :	<input type="checkbox"/> DIURNO	<input type="checkbox"/> RESIDENZIALE
Ticket:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Note varie:		

Oggetto: Richiesta dichiarazione.*

Il/La sottoscritto/a _____ (indicare di seguito grado parentela)

<input type="checkbox"/> MOGLIE/MARITO	<input type="checkbox"/> FIGLIO/A	<input type="checkbox"/> PADRE/MADRE
<input type="checkbox"/> FRATELLO/SORELLA	<input type="checkbox"/> NIPOTE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____

CHIEDE,

per conto dell'ospite _____ accolto presso questo Centro Residenziale,
il rilascio di una dichiarazione di ricovero dello stesso e l'ammontare della somma
corrisposta al Vostro Ente nel corso dell'anno _____ quale quota per spese sanitarie e di
assistenza specifica non coperta dal contributo regionale, in carta semplice, ad uso
amministrativo.

Lì ___/___/___

In fede

*** Da inoltrare dal mese di febbraio di ogni anno.**