



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**DIPARTIMENTO PER L'INTEGRAZIONE
SOCIO-SANITARIA**

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il sottoscritto nato a

Il C.F.

In possesso del parere favorevole al ricovero presso l'R.S.A.

di per giorni

Si impegna a corrispondere la quota della diaria a suo carico così come determinata nel Decreto 24 maggio 2010 “Indirizzi per la riorganizzazione e il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili”.

Data

FIRMA

.....

(Nel caso di dichiarazione resa dal tutore/familiare)

Il sottoscritto nato a

Il C.F.

In qualità di tutore/familiare si impegna a corrispondere, ai sensi dell'Art. 433 del C.C., il contributo così come determinata nel Decreto 24 maggio 2010 “Indirizzi per la riorganizzazione e il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili”, ad integrazione della diaria per la R.S.A.

Data

FIRMA

.....