



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Distretto di Correggio  
Servizio Assistenza Anziani



**Servizio Sociale Integrato**

## **IMPEGNO ALLA CONTRIBUZIONE PER IL MANTENIMENTO PRESSO LA CASA RESIDENZA ANZIANI**

In seguito a richiesta effettuata in data \_\_\_\_\_ per valutazione per l'accesso alla rete dei servizi rivolti agli anziani per il sig. /la sig.ra \_\_\_\_\_ in base alla quale è stata effettuata valutazione UVG in data \_\_\_\_\_ con indicazione di inserimento nella graduatoria distrettuale CRA,  
con la presente il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del sig./della sig.ra in oggetto

(indicare livello di parentela)

### **DICHIARA**

Che la retta alberghiera della struttura e il deposito cauzionale sarà a carico:

- dell'utente / dell'utente con la partecipazione dei famigliari tenuti al mantenimento
- dell'utente e/o dei famigliari con la partecipazione del Comune, previa autorizzazione dell'Ente interessato rilasciata ai sensi del "REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEI CONTRIBUTI ECONOMICI FINALIZZATI ALL'INTEGRAZIONE DELLE RETTE PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI A CICLO CONTINUATIVO PER SOGGETTI NON-AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DEL DISTRETTO SANITARIO DI CORREGGIO".

Con la presente, il sottoscritto s'impegna inoltre a comunicare tempestivamente al SAA eventuali cambiamenti rispetto al presente impegno.

Correggio, \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_