**(da presentare su carta intestata dell’ente)**

 **Spett.le**

 **Civitas s.r.l.**

 Via Matteotti, 299

 25063 Gardone Val Trompia

ambito4@pec.civitas.valletrompia.it

**Dichiarazione per Comunità Alloggio Disabili – Comunità Socio Sanitarie**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell’ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unità d’offerta | Nominativo ospiti | Comune di residenza ospiti | Giornate di presenza dal 01/01/2024 al 30/09/2024 | Proiezione giornate di presenza dal 01/10/2024 al 31/12/2024 | Totale giornate di presenza |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

Inoltre DICHIARA che la retta giornaliera per l’anno 2024, pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, esposta agli ospiti è al:

* netto
* lordo

dell’eventuale contributo del Fondo Sociale Regionale.

In fede

il legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_