



## **Dimissioni Residenza Sanitaria Assistenziale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ospite della RSA,  
dichiaro di volerlo/a dimettere in data \_\_\_\_\_ per il seguente  
motivo \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere consapevole che per ogni giorno di mancato preavviso  
l'Utente e/o il/la sottoscritto/a saranno tenuti al pagamento della retta, come  
previsto dall'art. 14 del regolamento sui servizi, adottato dal CdA il 07/12/2018.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_