Fondazione
OSPEDALE DI CAVOUR -ETS
Via Roma, 47
10061 CAVOUR (TO)

ATTO DI IMPEGNO PER IL VERSAMENTO DELLA RETTA DI SOGGIORNO

Il/La sottoscritt_____ , nat_____
a _____ (____) il _____ ,
residente in _____ (____) C.A.P. _____ -
Via _____ , Tel. _____ , *in qualità*
di _____ del/la sig./ra _____ ,
nat__ a _____ (____) il _____ ,
con il presente atto MI OBBLIGO a versare alla Casa di Riposo "OSPEDALE DI CAVOUR
-ETS" la retta mensile anticipata per il/la signor/a sopra generalizzato/a, qualora questi non
sia in condizione economica tale da permettergli di assolvere il debito nei confronti dell'Ente
stesso.

Garantisco personalmente ed in ogni caso il versamento dell'importo stabilito
dall'Amministrazione dell'Ente, anche in caso di aggiornamento dell'importo stesso.

Prendo atto che con la presente scrittura assumo, ex artt. 1411 e segg. Codice Civile, ed
a prescindere dagli obblighi alimentari di cui agli artt. 433 e segg. Codice Civile, la qualità di
terzo obbligato in solido con l'Ospite per ogni adempimento derivante dal rapporto che si va
a costituire.

Eventuale altra persona da avvisare: _____

Tel. _____

Data

FIRMA