

SPETT. LE
ANTICA SCUOLA DEI BATTUTI
VIA SPALTI, 1
30174 MESTRE - VE

**Oggetto: Richiesta Certificazione della Spesa Sanitaria relativa alle rette dell'anno -
_____ "OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI"**

Il sottoscritto _____ richiede a codesto Ente, il rilascio
della dichiarazione della spesa sanitaria sostenuta nell'anno _____ sulle rette
di degenza **dell'ospite Sig.ra/Sig.** _____
per la dichiarazione dei redditi.

Distinti saluti.

(firma)

Data _____

Si prega di scrivere in stampatello
