ANEXO A

D./Dª. ……., en calidad de Gerente del Complejo Asistencial para la Atención Residencial a Personas con Trastorno Mental Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús de Málaga

CERTIFICA

Que la relación de pacientes acogidos de forma residencial en el Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús de Málaga y que son objeto de subvención por pare de la Consejería de Bienestar Social de la Ciudad de Melilla correspondiente al mes _____ del año 2019, son los siguientes:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FECHA ALTA	FECHA BAJA	TOTAL DÍAS	OTROS GASTOS (€)	COSTE PLAZA A REPERCUTIR (€)
1						
2						
3						
4						
5						
Total usuarios						Importe total

Lo que certifico a los efectos de..... en Málaga a ___ de _____ de 2019

Sello y firma de la Entidad Sanitaria