

ANEXO A

D./D _____, 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 parte de la
Consejería Políticas Sociales y Salud Pública Animal de la Ciudad de Melilla correspondiente al mes
_____ del año 2024, 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 2024
Sello y firma de la Entidad Sanitaria