

ANEXO A

D./D. _____, en calidad de Gerente de la Fundación Hospitalarias para la Atención Residencial a Personas con Trastorno Mental

CERTIFICA

Que la relación de pacientes acogidos de forma residencial en el Complejo de la Fundación Hospitalarias en 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 2025, 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 2025

Sello y firma de la Entidad Sanitaria