**ANEXO A. Certificado del representante legal del concepto liquidado y días correspondientes**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dª………. con DNI nº como representante legal de XXX (CIF nº XXX ) | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |
| **CERTIFICA QUE:** | | | |  | |  | | |  | |  |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |
| Los siguientes residentes que se relacionan han ocupado plaza en la comunidad terapéutica ……………..durante el mes de ………… y que son ciertos los datos que a continuación se exponen: | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| **Nº** | **USUARIO** | | **FECHA INCORPORACIÓN** | | **FECHA SALIDA** | | **MOTIVO SALIDA** | | | **DIAS OCUPACIÓN MENSUAL** | | | **PRECIO PLAZA TOTAL** |
| 1 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 2 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 3 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 4 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 5 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 6 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 7 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 8 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 9 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 10 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 11 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 12 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 13 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 14 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 15 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
| 16 |  | |  | |  | |  | | |  | | | - € |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |
|  | En …….., a …. de ………… de 2018  Fdo.: El representante legal | | | |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  | | |  | | |  |