**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 2018Fdo.: El representante legal  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |