

PATTO DI SERVIZIO



ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R n.8/17 e s.m.i

Il/La sottoscritto/a _____ nat _____ a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

appartenente a Distretto socio – sanitario di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n .589 del 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r 8/2017 e s.m.i;

Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R n. 455/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R n. 455/00 e s.m.i. ;

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio sanitario" è:

☐ INFERIORE venticinquemila/00 euro annui

☐ SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza per l'erogazione del servizio:

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- Il Distretto Sociosanitario/Comune di residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.
- 6. nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;
- 7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio

Luogo e data

FIRMA