

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/2017 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via/Piazza _____

appartenente al Distretto Socio-Sanitario D3

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti Sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Socio-Sanitario/Comune di residenza e comunicato all'U.V.M. territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P. n. 589 del 2018, esecutivo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/2017 e ss.mm.ii.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. 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. 445/2000 e ss.mm.ii.,

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 ad euro 25.000,00 annui;
- ☐ SUPERIORE O UGUALE ad euro 25.000,00 annui.

3. di accettare i seguenti servizi:

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Socio-Sanitario/Comune di residenza per l'erogazione del servizio.

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Socio-Sanitario/Comune di residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, al fine di 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 Socio-Sanitario/Comune di residenza si riserva di sospendere unilateralmente l'erogazione dei servizi.

7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Socio-Sanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data _____

Firma