

PATTO DI SERVIZIO

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

Il/La sottoscritta/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al 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'U VM territoriale competente.
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della I. n. 104/92.

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

Ai sensi degli artt. 46 e 47 dei D.P.R. n. 445/00 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 dei D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.:

DICHIARA

I. di usufruire in atto dei seguenti trattamenti economici c/o servizi: _____

- 2. se maggiorenne, clic il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario": -
INFERIORE a 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 Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio

Luogo e data

Firma