

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 _____ nato/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'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 D.P. 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. 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 del D.P.R.n. 445/00 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 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.

Firma
