

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 a _____

il _____ residente a Randazzo in via/P.zza _____

n. _____ appartenente al Distretto Socio Sanitario di Bronte

- 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.104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P. n.589/2018, esecutivo dell'art.9 della l.r. 8/2017 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.78 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 al Distretto Sociosanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio.