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 sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il_____ residente a _____in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario di _____

( ) per se stesso

( ) in qualità di _____

del/la sig./ra _____ (nome della persona in possesso della certificazione sanitaria ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92);

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Socio sanitari
- censito dal Distretto Socio sanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente
- persona in possesso della certificazione sanitaria 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. 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 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":
   -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 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 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 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

_____