Comune di Lascari PA - Prot. 0000775 del 17-01-2025 in arrivo

Comune di Cefalù - Prot. n. 0002603 del 16-01-2025 - Titolo 7 Classe 15

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 _____appartenete al Distretto socio-sanitario 33

- 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 DP n. 589/GAB del 31 agosto 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017e 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.mn.i.:

DICHIARA

I. 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;

S. 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