

## 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 \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente a 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 DP n. \_\_\_\_\_ 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.

(2018.36.2185)102

7. di accettare quanto di seguito descritto:
  - L'Azienda Sanitaria Provinciale ed i competenti Servizi Comunali potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile, titolare dell'assegno, ed il corretto utilizzo del contributo erogato. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Cura, l'Azienda Sanitaria si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione del contributo economico;
  - il suddetto contributo economico è erogato secondo le modalità, i tempi, gli importi e le direttive emanate dalla Regione siciliana in ossequio all'ordinamento vigente;
8. di impegnarsi a comunicare all'A.S.P. ogni variazione di residenza o domicilio;