

	<p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p>	
---	--	--

## Patto di servizio per disabilità grave

*Ai sensi del Decreto del Presidente della Giunta regionale 31/08/2018, n. 589*

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
appartenente al Distretto socio-sanitario di											
Distretto											

Presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e sociosanitari, censito dal Distretto sociosanitario o dal Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente, e classificato quale disabile grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104 (o tutore, curatore, amministratore, delegato dello stesso)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi

Descrizione

- se maggiorenne, che il proprio ISEE è

<input type="radio"/>	inferiore a 25000 € annui
<input type="radio"/>	superiore o uguale a 25000 € annui

di accettare i seguenti servizi

Descrizione

- di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto sociosanitario o dal Comune di residenza per l'erogazione del servizio
- di accettare che il Distretto sociosanitario o il Comune di residenza potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile
- di accettare che nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di servizio, il Distretto sociosanitario o il Comune di residenza si riservano di sospendere unilateralmente l'erogazione dei servizi
- di impegnarsi a comunicare al Distretto sociosanitario o al Comune di residenza ogni variazione di domicilio

Mascalucia		
Luogo	Data	Il dichiarante