**PATTO DI SERVIZIO**

ai sensi eper 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 al 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. 589 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. 78 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.:

**DICHIARA**

I. di usufruire, in atto. dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

1. 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;

1. di accettare i seguenti servizi:
2. 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.

1. 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;
2. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data Firma