

## 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

\_\_\_\_\_