**PATTO DI SERVIZIO**

ai sensi eper 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 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'U VM territorialenaente

competente.

- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma *3* della I. 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 dei D.P,R.n. 445/00 e s.mn.i.:

**DICHIARA**

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

1. se maggiorenne, clic il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario": 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 Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio

Luogo e data Firma