

**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 Socio sanitari;
- 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 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 Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

Comune di Condò (ME) - Prot. n. 0004824 del 09-11-2023 arrivo

7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_