

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del decreto attuativo dell'art.9 della L.R. n.8/17 e s.m.i.

L sottoscritt_ _____ nat_ a _____

Il ___/___/___, Residentea _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, in qualità di genitore/Rappresentante Legale di

Sig./ra _____ nat_ a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____ n. _____,

C.F. _____, appartenente al Distretto Socio Sanitario D20,

classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92,

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione

falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,

ai sensi del Decreto attuativo emesso con D.P. n. 589/18, art.9 della L.R. n.8/17 e s.m.i.

DICHIARA

Per il disabile ammesso al beneficio per le prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie,

1- Di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

2- Di accettare i seguenti servizi:

3- Di rispettare tutti gli adempimenti del Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

4- Di essere a conoscenza che il Distretto Socio Sanitario/ Comune di Residenza, potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento per verificare periodicamente le condizioni di assistenza al disabile;

5- Di essere consapevole che 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 l'erogazione del servizio;

6- Di comunicare al Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Il Genitore/Rappresentante Legale
