DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2025

PATTO DI SERVIZIO

D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018

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 socio-sanitari;
- Censito dal Distretto Socio-sanitario/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 del D.P. 589 del 31/08/2018, esecutivo dell'art. 9 della L.R.8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000 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 Sociosanitario/Comune di residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.
6. nel caso 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;
7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio

Data, …… ***Firma***

_____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Sig./Sig.ra _____, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessarie all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento DGPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati v erranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'es pletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del DGPR 679/2016

Firma

_____