

PATTO DI CURA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in via/piazza _____
familiare /tutore del/la Sig./ra _____, nato/a _____ il _____,
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____,
tel. _____,

appartenente al Distretto Socio-sanitario D5 (Licata – Palma di Montechiaro),

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti Sanitari;
- rivalutato dalle U.V.M. Sanitarie distrettuali ai sensi del D.M. del 26 settembre 2016 e del D.P.R.S. 532/2017;
- classificato dalle U.V.M. Sanitarie Distrettuali quale disabile gravissimo secondo quanto previsto dal D.M. del 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Ministro per gli affari regionali e le autonomie.

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 volere accedere al contributo economico erogato dalla Regione Sicilia ai sensi del D.P.R.S. 532/2017;
2. di utilizzare tale contributo esclusivamente per il benessere ed il miglioramento della qualità della vita del disabile, secondo le necessità dello stesso;
3. di non volere accedere a forme alternative di assistenza indiretta;
4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dall'Azienda per l'erogazione del contributo;
5. di accettare il contributo, che dovrà essere accreditato secondo le modalità di seguito dichiarate:
Beneficiario _____
Luogo e data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Conto corrente intestato a _____
IBAN _____
6. di accettare quanto di seguito descritto:
 - "L'Azienda Sanitaria Provinciale ed i competenti Servizi Comunali potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile, titolare dell'assegno, e il corretto utilizzo del contributo erogato.
Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente "Patto di Cura", l'Azienda Sanitaria si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione del contributo economico;
 - che il suddetto contributo economico verrà erogato secondo le modalità, i tempi, gli importi e le direttive emanate dalla Regione Sicilia.
7. di indicare come assistente/i (care givers), le seguenti persone:

8. di impegnarsi a comunicare all'ASP ogni variazione di residenza o domicilio.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali sensibili ai sensi del D.P.R. 196/93 e smi.

_____, lì _____

Firma per esteso e leggibile