

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
familiare/tutore del/della Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via /Piazza \_\_\_\_\_  
appartenente al Distretto Socio-Sanitario di \_\_\_\_\_

- 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 smi 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 smi

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 di 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 e 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 DPR 196/2003 e smi

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma per esteso leggibile



IL SEGRETARIO