



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

U.O.C. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

U.O.S. Coordinamento Strutture Residenziali e
Semiresidenziali

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO RESA DAL TUTORE/FAMILIARE

Il sottoscritto nato a
Il C.F.
Residente a In Via
Tel. Documento d'identità N° rilasciato da
..... il
in qualità di tutore/familiare del Sig. nato a
Il C.F.
In possesso del parere favorevole al ricovero presso R.S.A.
di per giorni
consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, così come espressamente stabilito dall'art.
76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA CHE IL SIG./RA

<input type="checkbox"/> E'	<input type="checkbox"/> NON E'	titolare di pensione sociale;
<input type="checkbox"/> HA	<input type="checkbox"/> NON HA	un reddito totale di importo pari alla pensione sociale;
<input type="checkbox"/> E'	<input type="checkbox"/> NON E'	titolare di Invalidità Civile;
<input type="checkbox"/> E'	<input type="checkbox"/> NON E'	titolare di assegno d'accompagnamento;

Si impegna:

- a corrispondere il contributo ad integrazione della diaria per la R.S.A. che dal 61° giorno di degenza ammonta ad € 55,90/die e la cui corresponsione è regolata con Decreto 25/01/2013 pubblicato sulla G.U.R.S. Parte 1 N°11 del 01/03/2013;
- a produrre al Comune di residenza Settore "Attività Sociali" l'attestazione ISEE per prestazioni Socio Sanitarie Residenziali in corso di validità.

Si allega fotocopia del documento d'identità di chi effettua la dichiarazione.

N.B.: Il modulo va compilato in tutte le sue parti.

Data

FIRMA

.....