



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

Il sottoscritto nato a
Il C.F.
Residente a In Via
Tel. Documento d'identità N°
..... rilasciato da il
.....

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

<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 € 53,10/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 la documentazione che lo stesso riterrà necessaria per il calcolo dell'importo a proprio a carico.

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

.....