



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 € 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

.....