



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/La sottoscritto/a nato/a 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; |
| <input type="checkbox"/> E' | <input type="checkbox"/> NON E' | titolare di assegno disabilità gravissima; |

Si impegna:

- a corrispondere il contributo ad integrazione della diaria per la R.S.A. che dal 61° giorno di degenza ammonta a € 59/die dal 01/01/2026. La corresponsione è regolata con Decreto n. 1058 del 08/10/2025 pubblicato sulla G.U.R.S. Parte 1 N°45 del 17/10/2025;
- 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

.....