



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/La sottoscritto/a nato/a a
Il C.F.
Residente a In Via
Tel. Documento d'identità N° rilasciato da
..... il
in qualità di tutore/familiare del Sig./Sig.ra
nato/a 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./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;
<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

.....