



UFFICIO DI PIANO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54

Comuni di

**Castelvetrano - Campobello di Mazara
Partanna - Poggioreale - Salaparuta - Santa Ninfa
A.S.P.**

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)

Tel. 0924/909103

Fax 0924/902203

Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00

email:ufficiopianod54@libero.it

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

Al Comune di _____

All' ASP di Trapani – Distretto Sanitario di Castelvetrano

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e

residente in _____ in Via/P.za _____ n. _____ Comune di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ tel. _____ nella qualità di:

Richiedente

Familiare (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile) _____

Del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

e residente in _____ Via/P.za _____

n. _____ tel. _____

CHIEDE

L'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua h. 24.

Allega alla presente istanza:

1. Certificato del medico di medicina generale attestante la condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico – degenerative non reversibili;
2. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali come da sottostante informativa.

DATA _____

FIRMA

Trattamento dati personali

Informativa art. 13 del D.Lgs. n. 196/03: I dati personali forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative del Comune e del Distretto Socio Sanitario D 54 per le finalità di gestione della pratica. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti. Al trattamento potranno attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali il Comune o il Distretto abbiano un rapporto di concessione e/o convenzione finalizzato all'espletamento della procedura o di parte di essa. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione Comunale i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D. Lgs. N. 196/03. La comunicazione e/o diffusione dei dati è regolata dall'art. 19. Titolare del trattamento è il Sindaco di ciascun Comune del Distretto D 54; per il trattamento nell'ambito dei procedimenti generali di ordine distrettuale è responsabile il Sindaco del Comune capofila.



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54
Comuni di
Castelvetrano - Campobello di Mazara
Partanna – Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa
A.S.P.

UFFICIO DI PIANO

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)
Tel. 0924/909103 Fax 0924/902203
Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00
email:ufficiopianod54@libero.it

PATTO DI CURA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via/P.zza _____
familiare/tutore del/della Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via/P.zza _____
appartenente al Distretto Socio-Sanitario di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti Sanitari;
- rivalutato dalla U.V.M. Sanitarie Distrettuali ai sensi del D.M. Del 26 settembre 2016 e del D.P.R.S. 532/2017;
- classificato dalle U.V.M. Sanitarie Distrettuali quale disabile gravissimo secondo quanto previsto dal D.M. Del 26 Settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle finanze ed il Ministro per gli affari regionali e le autonomie.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/00 e smi e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/00 e smi

DICHIARA

1. di volere accedere al contributo economico erogato dalla Regione Sicilia ai sensi del D.P.R.S. 532/2017;
2. di utilizzare tale contributo esclusivamente per il benessere ed il miglioramento della qualità di vita del disabile, secondo le necessità dello stesso;
3. di non volere accedere a forme alternative di assistenza indiretta;
4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti all'Azienda per l'erogazione del contributo;
5. di accettare il contributo, che dovrà essere accreditato secondo le modalità di seguito dichiarate:

Beneficiario _____

Luogo e Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Conto Corrente intestato a _____

IBAN _____

6. di accettare quanto di seguito descritto:

- "L'Azienda Sanitaria Provinciale e i componenti Servizi Comunali potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile, titolare dell'assegno, e il corretto utilizzo del contributo erogato.

Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente "Patto di Cura", l'Azienda Sanitaria si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione del contributo economico";

- che il suddetto contributo economico verra' erogato secondo le modalità, i tempi, gli importi e le direttive emanate dalla Regione Sicilia.

7. di indicare come assistente/i (care givers), le seguenti persone:

8. di impegnarsi a comunicare all'ASP ogni variazione di residenza o domicilio:

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali sensibili ai sensi del DPR 196/2003 e smi.

_____, il _____

Firma per esteso leggibile
