

**ATTO DI IMPEGNO**  
ai sensi della D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii. e D.G.R. n. 104/2017

**Il Sottoscritto**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di :

- diretto interessato
- familiare convivente
- familiare
- tutore, curatore o amministratore di sostegno

**In relazione alla richiesta di benefici previsti in favore di persone affette dalla patologia di Alzheimer**

- si impegna ad utilizzare l'assegno di cura a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale ed è conoscenza che il beneficio, in caso di assegno, è contenuto nei limiti dell'ammontare delle spese **mensili** effettivamente sostenute e rendicontate;
- si impegna, nel caso di assegno di cura, a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare, con le modalità previste dall'avviso, la rendicontazione delle spese sostenute nel mese per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna a presentare un contratto di assistenza qualora si rivolga ad una compagine sociale accreditata;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al Distretto di appartenenza il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, vengano contestate per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione; trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla riduzione e/o



- revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate;
- si impegna ad attivare il piano personalizzato di assistenza entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente atto; trascorso tale termine decade il diritto all'intervento;
  - accetta tutte le condizioni previste dall'avviso pubblico per l'accesso al beneficio;
  - accetta di osservare ogni norma di legge o regolamentare riguardante l'intervento in esame.

*Firma* \_\_\_\_\_

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized capital letter 'R' followed by a smaller capital letter 'A' and a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.