

Interventi in favore di soggetti affetti da Disabilità Gravissima – Interventi di Assistenza Domiciliare

**Dichiarazione di Responsabilità**  
(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

***Da compilare a cura del caregiver o del soggetto giuridicamente incaricato:***

Il/ la sottoscritto/a..... , identificato/a  
mediante documento..... ,  
in qualità di *familiare o soggetto giuridicamente incaricato (specificare \_\_\_\_\_)*  
del Signor/della Signora ..... , dichiara che:

- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a rispettare quanto stabilito sul Piano Assistenziale Individualizzato;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente 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, il soggetto pubblico titolare del servizio contesti 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.

Luogo e data .....

Firma del caregiver  
(o del soggetto giuridicamente incaricato)

\_\_\_\_\_  
Firma dell'interessato (ove possibile)