



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE/RIFIUTO DEL SERVIZIO E CONTRATTO DI PRESA IN CARICO

Prot. N. _____

Del ____/____/____

Al Sindaco del Comune di _____

Al Direttore dell'Azienda Speciale Consortile
c/o l' Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____ in qualità di:

☐ Destinatario del Servizio;

☐ Esercente la tutela del destinatario (nome e cognome) _____

*nel caso di esercente la tutela indicare anche il nome del destinatario del servizio
sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che in data odierna

✓ gli/le è stato comunicato che ha diritto all'accesso al Servizio
_____ in seguito a presentazione di domanda utilmente collocata
in graduatoria;

✓ ha condiviso il Piano d'Intervento Individualizzato per l'erogazione del Servizio, consistente,
tra l'altro, in _____ Numero totale di ore/die;

✓ è stato edotto/a dal fatto che ogni variazione al Piano d'Intervento Individualizzato deve essere
richiesta al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona, il quale
provvede a valutare ed eventualmente autorizzare, nonché a formalizzare, l'eventuale variazione
del Piano d'Intervento Individualizzato ed a comunicarlo agli eventuali Prestatori ;

✓ è stato informato/a che è tenuto/a a partecipare alla spesa prevista per l'erogazione del Servizio
nella misura di _____ ;

▪ Di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa a proprio carico dovrà essere
versata attraverso la piattaforma tecnologica PagoPA, collegandosi al sito
www.aspspenisolasorrentina.it.

▪ Di essere consapevole del fatto che l'erogazione delle prestazioni previste dal Servizio sono
subordinate all'effettiva partecipazione alla spesa, se prevista, e che la mancata partecipazione alla spesa
comporta la sospensione delle prestazioni.

▪ Di essere informato e di accettare le condizioni di erogazione del Servizio, così come definite dal
Regolamento "Criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario", dal
Regolamento "Voucher sociale per l'acquisto delle prestazioni sociali", dal Regolamento relativo al
Servizio, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.

▪ Di essere informato e di accettare il fatto che le prestazioni di cui al presente contratto
possono essere sospese e/o interrotte qualora i relativi finanziamenti non risultino effettivamente
disponibili nei bilanci di riferimento; di tale evento non è responsabile l'Azienda Speciale
Consortile "Penisola Sorrentina".



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE/RIFIUTO DEL SERVIZIO E CONTRATTO DI PRESA IN CARICO

Sulla base di quanto dichiarato, il/la sottoscritto/a (contrassegnare la scelta con una X):

☐ **ACCETTA**

☐ **RIFIUTA**

l'erogazione del Servizio.

A decorrere dal _____ e fino al _____

Firma del destinatario
o esercente la tutela

Luogo e Data, _____, ____ / ____ / ____.

Nel caso di rifiuto, con la presente il Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali attesta semplicemente tale volontà.

Firma del Responsabile Ufficio Servizi Sociali

Luogo e Data, _____, ____ / ____ / ____.

Lo/la stesso/a dichiarante, inoltre,

SI IMPEGNA

- Ad assumere la piena e completa responsabilità in merito alla sottoscrizione dei documenti in cui, in qualità di fruitore di una prestazione pubblica, attesta la regolare avvenuta esecuzione della prestazione stessa.
- A comunicare tempestivamente al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona presso il proprio Comune di residenza, criticità, inadempienze e quant'altro ritenuto utile, relativo alla prestazione erogata.
- Ad autorizzare, con la sottoscrizione del presente contratto, l'Ufficio Servizi Sociali a realizzare tutti i procedimenti necessari alla completa presa in carico della propria domanda d'accesso ai servizi, ai sensi della vigente normativa, con particolare riferimento alle funzioni del servizio sociale professionale.
- Per i soli servizi per i quali il cittadino può scegliere tra più prestatori gestori dei servizi, occorre che lo stesso sottoscriva l'allegato "consenso al trattamento dei dati con finalità informative e promozionali"

Firma del destinatario
o esercente la tutela

Luogo e Data, _____, ____ / ____ / ____.



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE/RIFIUTO DEL SERVIZIO E CONTRATTO DI PRESA IN CARICO

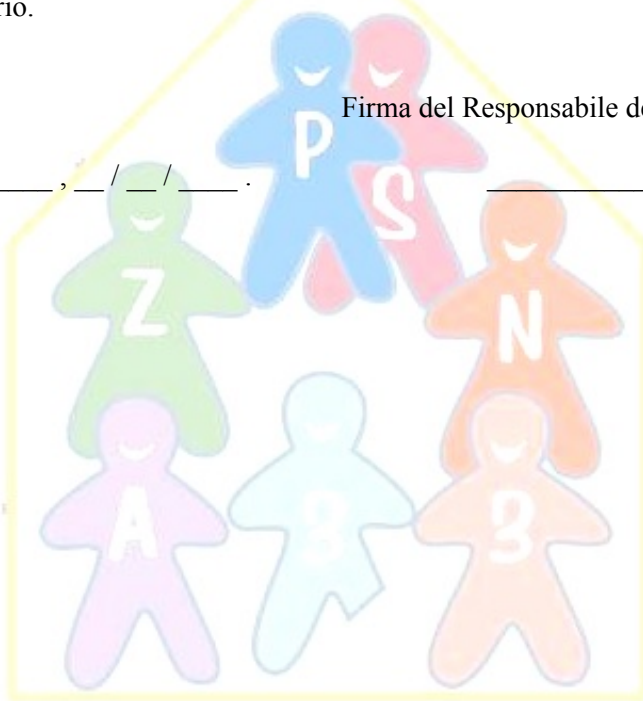
Il Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona presso il Comune di _____, alla luce dell'istruttoria e dei procedimenti amministrativi relativi alla domanda d'accesso ai servizi, nonché a quanto sopra dichiarato dal cittadino-utente o esercente la tutela, con la sottoscrizione del presente contratto

SI IMPEGNA

- Ad effettuare la più completa presa in carico del destinatario.
- Ad assumere la piena e completa responsabilità in merito ai controlli relativi alla sottoscrizione dei documenti da parte destinatario.

Firma del Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali

Luogo e Data, _____, ____/____/____.





Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI CON FINALITA' INFORMATIVE E PROMOZIONALI

Il/La Sottoscritto /a _____

☐ **AUTORIZZA**

☐ **NON AUTORIZZA**

i Prestatori gestori delle Prestazioni, iscritti al "Albo dei prestatori accreditati per l'erogazione di prestazioni sociali sottoforma di titoli d'acquisto (Voucher Sociali per l'Ambito Territoriale Napoli Trentatrè)", ad utilizzare i seguenti dati con finalità informative e promozionali dei servizi da essi forniti.

NOME _____ COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

TEL./ CELL. _____ EMAIL _____

ALTRO _____

N.B. Il destinatario può, in qualsiasi momento, richiedere di non essere più contattato dai Prestatori gestori delle Prestazioni, ai quali sono stati forniti i succitati dati, recandosi esclusivamente presso l'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona del proprio Comune di Residenza.

Firma del Destinatario

Luogo e Data, _____, ____/____/____. _____