

Interventi in favore di soggetti affetti da Disabilità Gravissima – Contributo di Cura

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

**Da compilare a cura del caregiver:**

Il/ la sottoscritto/a ....., identificato/a  
mediante documento .....,  
in qualità di *caregiver* del Signor/della Signora .....,  
dichiara che:

- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna ad utilizzare il contributo concesso per soddisfare i bisogni della persona assistita e garantirne la necessaria 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

\_\_\_\_\_

Firma dell'interessato (ove possibile)

\_\_\_\_\_