



**MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI  
CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO  
N. 30**

**COMUNE CAPOFILO PATTI**

**(Patti- Brolo – Ficarra – Floresta – Gioiosa Marea - Librizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino –  
Raccuia – San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo – Sinagra – Ucria)**

**AVVISO PUBBLICO**

**Oggetto: Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani . A13 – A14 – ADA/SAD- PDZ 2010-2012  
terza annualità.**

Si rende noto che gli anziani ultrasettantacinquenni (75), residenti nei Comuni del Distretto D30, possono presentare all'Ufficio dei Servizi Sociali dei propri Comuni di residenza, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente bando, l'istanza per usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani, utilizzando il modello allegato.

Sarà possibile accogliere un numero massimo di 140 domande nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n.30.

In presenza di un numero di richieste superiori alle previsioni del progetto, verrà formulata una graduatoria che terrà conto della seguente priorità :

- anziani soli privi di risorse economiche;
- non in grado di autogestirsi e privi di supporto familiare e/o di badanti;
- allettati ;
- con degrado ambientale.

All'istanza è necessario allegare la seguente documentazione:

1. Attestazione ISEE secondo la normativa vigente, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.
2. Certificazione medico curante.
3. Copia documento d'identità.

Per informazioni e/o per ritirare l'apposito modulo i cittadini possono rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

Dalla Residenza Municipale li, 22 NOV. 2018



Il Coordinatore del Gruppo Piano  
Distretto Socio Sanitario  
Dott.ssa Marcella Gregorio

**ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in Patti in Via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

chiede di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani ultrasettantacinquenni (75)

PDZ 2010 -2012 (Terza Annualità ) per le seguenti prestazioni:

- AIUTO DOMESTICO
- DISBRIGO PRATICHE
- IGIENE E CURA DELLA PERSONA
- 

- Dichiaro \_\_\_ sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000;
- Di essere sol \_\_\_ priv \_\_\_ di risorse economiche;
- Non in grado di autogestirsi e priv \_\_\_ di supporto familiare e/o di badanti;
- Allettat \_\_\_\_\_;
- Di essere / non essere in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100%;
- Con indennità di accompagnamento;
- Senza indennità di accompagnamento;
- Che il proprio medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Il richiedente dichiara di avere conoscenza che ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Il richiedente autorizza il Comune interessato ad utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge e dal bando nonché per le elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto dei limiti posti dal Decreto Legislativo 186/2003.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. n. 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e dal fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

Patti li \_\_\_\_\_

FIRMA

**Allegati:**

- Attestazione ISEE secondo la normativa vigente, valevole per la richiesta di prestazioni sociali.
- Certificato del medico curante attestante le condizioni psico-fisiche.
- Documento di riconoscimento in corso di validità.