



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 30

Area Omogenea Distrettuale n. 2

Comune di Sant'Angelo di Brolo (ME)
C.F. 00108980830
05 GEN 2026
PROT. N. 52
Cat. Cl. Fasc.

Comune di Sant'Angelo di Brolo – Capofila – Comuni di Ficarra, Floresta, Raccuja, Sinagra e Ucria



**AVVISO PUBBLICO**

**OGGETTO: AZIONE 1 “DIAMO UNA MANO” ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI 19 (DICIANNOVE) SOGGETTI ANZIANI ULTRASETTANTACINQUENNI - L. 328/2000 PdZ 2019/2020 - AOD n. 2 - D 30.**

Si rende noto che nel Comune di Sant'Angelo di Brolo è prevista l'attivazione del servizio di Assistenza domiciliare agli anziani in favore di n. 19 (diciannove) persone ultrasettantacinquenni residenti.

Gli interessati possono presentare l'istanza per usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani presso il Comune di residenza utilizzando l'apposito modello entro il 31 Gennaio 2026.

All'istanza si dovrà allegare la seguente documentazione:

1. Attestazione ISEE in corso di validità;
2. Certificazione del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza e/o certificazione attestante lo stato di invalidità (verbale di commissione medica e/o verbale legge 104/92);
3. Copia documento d'identità in corso di validità.

Qualora non fosse possibile ammettere tutte le richieste regolarmente prodotte verrà formulata una graduatoria su base comunale a cura dei rispettivi servizi sociali che terrà conto della seguente priorità:

- valore ISEE;
- anziani non autosufficienti;
- anziani soli privi di supporto familiare;
- anziani in condizione di degrado socio ambientale.

Sant'Angelo di Brolo li 05 Gennaio 2026

**IL SINDACO  
Dr. Francesco Paolo Cortolillo**





## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 30

### Area Omogenea Distrettuale n. 2

Comune di Sant'Angelo di Brolo – Capofila – Comuni di Ficarra, Floresta, Raccuja, Sinagra e Ucria

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Oggetto: AZIONE 1 “DIAMO UNA MANO” . RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI ULTRASETTANTACINQUENNI - L. 328/2000 PdZ 2019/2020 - AOD n. 2 - D 30.

Il/la sottoscritto/a..... Codice Fiscale .....

nato/a il..... a ..... residente in ..... via

..... Tel.....

in qualità: (*barrare la voce che interessa*)

- persona ultrasettantacinquenne;  
 familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore del/la:  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno del/la:

sig./sig.ra ..... Codice Fiscale .....  
anziano ultrasettantacinquenne

nato/a il..... a ..... residente in ..... via

..... Tel.....

### CHIEDE

L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI DICIANNOVE SOGGETTI ANZIANI ULTRASETTANTACINQUANNI AZIONE 1 “DIAMO UNA MANO” - L. 328/2000 PdZ 2019/2020 - AOD n. 2 - D 30 DA SVOLGERSI NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000),

### DICHIARA CHE

1) l'importo dell' **ISEE** in corso di validità, riferito al nucleo familiare dell'anziano, è pari a € ..... ;

2) il nucleo familiare dell'anziano è composto da:

	Nome e cognome	Data e luogo di nascita	Relazione di parentela
1			
2			
3			
4			

5			
---	--	--	--

3) autorizza il trattamento dei dati personali forniti.

Allega:

Attestazione ISEE in corso di validità;

Certificazione del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza e/o copia certificazione attestante lo stato di invalidità (verbale di commissione medica e/o verbale legge 104/92) (barrare la voce che non interessa).

Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente e dell'anziano potenziale beneficiario del servizio se diverso dal richiedente.

*Li* \_\_\_\_\_

**Il richiedente**

---