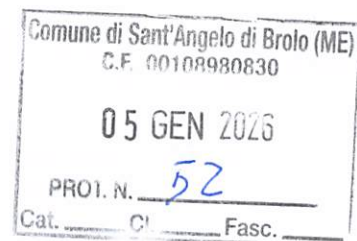




DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 30

Area Omogenea Distrettuale n. 2



Comune di Sant'Angelo di Brolo – Capofila – Comuni di Ficarra, Floresta, Racuja, 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 invia

.....Tel.....

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

☐ persona ultrasettantacinquenne;

oppure

☐ 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 invia

.....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
