



**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 COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Oggetto: scelta del soggetto erogatore del servizio.

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

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero (da compilare se il beneficiario è diverso dal richiedente)

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

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- GENITORE
- ALTRO FAMILIARE (specificare.....)
- CURATORE

CAREGIVER

Di:

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO** del Soggetto erogatore accreditato presso l' AOD n. 2 – DSS 30 con il verbale n. 1 del 06/05/2024 per la gestione degli interventi e/o servizi di natura socio assistenziale.

### DICHIARA

Nell'ambito dei Servizi erogabili indicati nel proprio Patto di Assistenza Individualizzato, sottoscritto in data \_\_\_\_\_ con l'Assistente Sociale Comunale

1. Di scegliere per il servizio su indicato il seguente soggetto erogatore:

- Ditta Servizi Duemila, Società Cooperativa Sociale, via Lucio Piccolo di Calanovella, 16/18 - 98061, con sede in Brolo ( ME);
- Ditta Cooperativa Sociale Servizi S. Filippo S.R.L., Via Del Mare n. 132, - 98050, con sede a Terme, Vigliatore (ME).

2. Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. 445/2000;

3. Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000;

4. Di autorizzare l'amministrazione e gli uffici comunali al trattamento dei dati personali e sensibili per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della Legge 675/96 e del D.Lgs. 196/2003;

5. autorizza altresì, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

ALLEGA:

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**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

Ai Sigg. Sindaci dei Comuni dell'AOD 2  
Ficarra –Floresta – Ucria –Raccuja –Sinagra  
*Trasmissione a mezzo PEC*

Oggetto: ACCREDITAMENTO DEGLI OPERATORI SOCIALI PER L'ESPLETAMENTO DELL' AZIONE 6 "DIAMO UNA MANO" ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI - L. 328/2000 PdZ 2021 - AOD n. 2 - DSS 30 30- Comunicazione.

ELENCO

- Ditta Servizi Duemila, Società Cooperativa Sociale, via Lucio Piccolo di Calanovella, 16/18 - 98061, con sede in Brolo ( ME);
- Ditta Cooperativa Sociale Servizi S. Filippo S.R.L., Via Del Mare n. 132, - 98050, con sede a Terme Vigliatore(ME).



**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 SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Oggetto: Azione 6 "Diamo una Mano". RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI – L. 328/2000 PdZ 2021- AOD n.2 D 30.

Il sottoscritto..... Codice Fiscale.....

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

..... 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 in.....via

..... Tel.....

**CHIEDE**

L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI – AZ.6 "DIAMO UNA MANO" L. 328/2000 PdZ 2021- AOD n.2 D 30 DA SVOLGERE 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 è composto da:

|                |                         |                        |
|----------------|-------------------------|------------------------|
| Nome e Cognome | Data e luogo di nascita | Relazione di parentela |
|----------------|-------------------------|------------------------|

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

3) autorizza il trattamento di dati personali forniti.

Allega:

Attestazione ISEE in corso di validità

Certificato 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 del richiedente.

Li \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_