



**COMUNE DI POLLINA**  
*Città Metropolitana di Palermo*

PM/6768  
10 SET. 2018

## **AVVISO**

Il Comune di Pollina, Assessorato ai Servizi Sociali, nell'ambito degli interventi alla famiglia e del programma di aiuto e supporto alle persone fragili, promulga il presente avviso esplorativo al fine di individuare i soggetti interessati fruire del Servizio in narrativa.

È intendimento di questa Amministrazione Comunale realizzare il Servizio di Assistenza ai Disabili Gravi da finanziarsi con fondi di cui alla L.R. 28 gennaio 2014, n. 5 e s.m.i. in ottemperanza al comma 9 dell'art. 1 della L.R. 9 maggio 2017, n. 8.

Gli interventi avranno lo scopo di favorire il mantenimento della persona disabile grave nel proprio contesto di vita. In particolare le attività di aiuto e supporto riguarderanno: aiuti volti a garantire l'autosufficienza nelle attività giornaliere; aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche; interventi volti a favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti.

### ***DESTINATARI DEL SERVIZIO***

Il servizio sarà rivolto a minori ed adulti che versano in una condizione di disabilità psicofisica grave, certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92.

I richiedenti dovranno essere residenti nel Comune di Pollina.

Saranno esclusi i soggetti che già beneficiano di servizi analoghi.

### ***MODALITA' DI RICHIESTA***

I cittadini interessati o i loro famigliari, nel caso in cui l'interessato sia minorenni o impossibilitato, potranno presentare apposita domanda corredata da documentazione che, a pena di esclusione, dovrà pervenire all'Ufficio di Protocollo del Comune entro e non oltre il 30 settembre 2018.

### ***DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE:***

- richiesta su apposito modello predisposto dall'Ufficio Servizi Sociali, sottoscritta dall'interessato ovvero da un genitore o tutore in caso di incapacità d'agire (allegato A);
- copia verbale accertamento handicap ai sensi della Legge 104/92;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità e eventualmente del soggetto per il quale si richiede l'assistenza.

### **Informativa sulla privacy**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, si informano gli istanti che:

- i dati personali forniti dai partecipanti saranno raccolti e trattati presso il Comune di Pollina per le finalità di gestione del procedimento, nei modi e limiti necessari per perseguire tali finalità;
- le modalità del trattamento sono esclusivamente quelle di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

Pollina, 10.09.2018.

**Assistente Sociale Specialista**

**Dott.ssa Daniela Tumeo**

**L'Assessore ai Servizi Sociali**

**Dott.ssa Angela Genchi**

Allegato A

Al Sig. Sindaco  
del Comune di Pollina

**Oggetto: richiesta ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a Pollina  
(PA), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, località \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**manifesta l'interesse a fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare**

per se stesso/a

per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a Pollina (PA), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grado di parentela:  marito/moglie;  genitore;  figlio/a;  altro (*specif*) \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del 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,

**dichiara**

che il destinatario del Servizio (*barrare la casella interessata*)

non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;

usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_;

che lo **stato di salute** del beneficiario è il seguente:

persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92).

**Allega alla presente:**

- copia verbale accertamento handicap ai sensi della Legge 104/92;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità e eventualmente del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

**autorizza**

il Comune di Pollina al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

Pollina, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)