



COMUNE DI SAN CATALDO
(Prov. di Caltanissetta)

*I RIPA SERVIZI AL CITTADINO E ALLE IMPRESE
SERVIZIO III° POLITICHE SOCIALI*

Prot. n°

San Cataldo

Oggetto: Avviso Pubblico per disabili gravissimi

E-Mail

Ai Responsabili dell'Ufficio Servizi Sociali
Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 11

p.c. Al Direttore del Distretto Sanitario
di San Cataldo
Dott. Roberto Leone

Per i provvedimenti conseguenziali, si comunica che è stato pubblicato sul sito istituzionale della Regione Siciliana - Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali - Linee Attività - l'Avviso Pubblico rivolto a disabili gravissimi.

Pertanto, i Distretti Socio Sanitari, i Comuni, nonché le ASP di competenza territoriale, su disposizione Regionale, sono tenuti a pubblicare l'Avviso de quo nei propri siti istituzionali e curarne la più ampia diffusione.

Si allega alla presente, a tal fine:

- L'avviso Pubblico de quo;
- Il modello di domanda, che i diretti interessati, dovranno inoltrare al proprio Comune di residenza e all'ASP di competenza territoriale.

Distinti Saluti

Il Dirigente dell'Ufficio Politiche Sociali
Del Comune di San Cataldo
Dott. Elia Cirio

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 11
UFFICIO POLITICHE SOCIALI
COMUNE DI _____

AL DISTRETTO SANITARIO DI SAN CATALDO - ASP 2
Via Belvedere - 93017 San Cataldo

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO IN FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI
UN'ASSISTENZA H24**

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO
2017, PUBBLICATO IL 13 MAGGIO 2017)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

(C.F. _____) e residente in San Cataldo,

CAP 93010 - Prov. CL - Via _____ n. _____

(Tel./Cell. n. _____), nella qualità di:

☐ SE STESSO

☐ RAPPRESENTANTE LEGALE (_____);

CHIEDE

L'accesso al beneficio, previa valutazione da parte dell'Unità Multidimensionale dell'ASP di
competenza territoriale, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di
cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016

del disabile gravissimo;

Cognome:	Nome:
Luogo di nascita:	Data di nascita:
Luogo di residenza:	Recapito telefonico:

Allega alla presente richiesta:

- ☐ Verbale di Visita della Commissione medica (senza omissioni);
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento;
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo;
- ☐ Altro

San Cataldo, _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto
di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di San
Cataldo per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti
previsti dal D.Lgs. 196/2003.

Comune di _____ il _____

DICHIARANTE _____