Comune di San Piero Patti

Città Metropolitana di Messina

Cod. Fiscale: 86000390830

Partita I.V.A.:00756380838

Area Servizi Demografici-URP- Socio Culturale

LA RESPONSABILE DELL'AREA

Prot. n. 12271

AVVISA

CHE IL PdZ 2019/2020 DELL'AOD N. 1 DISTRETTO SOCIO SANITARIO D30, COMUNE CAPOFILA DI PATTI, PREVEDE L'AZIONE N. 2 DENOMINATA "TRASPORTO SOCIALE" PRIMA ANNUALITA', RIVOLTO AI SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI E AI MALATI ONCOLOGICI CHE EFFETTUINO CURE RIABILITATIVE E/O DRIAGNOSTICHE PRESSO CENTRI.

POSSONO PRESENTARE ISTANZA I CITTADINI IN POSSESSO DI:

1) **AUTORIZZAZIONE DELL'ASP AD EFFETTUARE L'ATTIVITA' RIABILITATIVA E/O CURE CHEMIOTERAPICHE E RADIOTERAPICHE;**
2) **CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA SUSSISTENZA DELL'HANDICAP;**
3) **CERTIFICAZIONE, RILASCIATA DAL CENTRO DI CURA E/O RIABILITAZIONE, ATTESTANTE IL NUERO DI SEDUTE EFFETTUATE;**
4) **REDDITO COMPLESSIVO RIFERITO ALL'INTERO NUCLEO FAMILIARE, NON SUPERIOREV AL MINIMO VITALE PREVISTO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI, CALCOLATO IN BASE ALLA PENSIONE MINIMA INPS.**

GLI INTERESSATI POSSONO PRESENTARE ISTANZA, ENTRO IL 20.12.2022, PRESSO GLI UFFICI DEI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE O TRAMITE PEC AL SEGUENTE INDIRIZZO (protocollo@pec.comune.sanpieropatti.me.it), SCARICANDO LO SCHEMA DI DOMANDA ALLEGATO AL PRESENTE AVVISO E PUBBLICATO SUL SITO DEL COMUNE (www.comune.sanpieropatti.me.it)

ALLA DOMANDA DOVRA' ESSERE ALLEGATA L'ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA', CERTIFICAZIONE MEDICA ATTESTANTE IL GRADO DI DISABILITA', COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

ULTERIORI INFORMAZIONI POSSONO ESSERE RICHIESTI AL N. 0941/661388 INT. 5 ALLA SIG.RA ARDIRI MARIA.

Dalla Residenza Municipale, 19.10.2022

COMUNE DI S. PIERO PATTI

LA RESPONSABILE DELL'AREA
DOTT.SSA GRAZIELLA CASTELLINO

All'Ufficio dei Servizi Sociali
del Comune di _____

Oggetto: "Trasporto Sociale" Prima Annualità anno 2019- PdZ 2019/2020 - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario N. 30.

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente in via/piazza _____ n. ___

comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____,

telefono _____ in qualità di richiedente/familiare _____

del/la Sig/ra _____, nato/a a _____

il _____ e residente nel Comune di _____,

Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

-Che il proprio nucleo familiare nel quale è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig/ra _____, disabile/malato oncologico è costituito dalle seguenti persone:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

in possesso dei seguenti requisiti:

- autorizzazione dell'ASP ad effettuare l'attività riabilitativa;
- autorizzazione dell'ASP ad effettuare le cure chemioterapiche e radioterapiche;
- certificazione attestante la sussistenza dell'handicap;
- certificazione rilasciata dal Centro di Cura e/o Riabilitazione, attestante il numero di sedute effettuate;
- di avere un reddito complessivo riferito all'intero nucleo familiare, non superiore al minimo vitale previsto per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, calcolato in base alla pensione minima INPS.

Allega alla presente istanza:

- certificazione medica attestante il grado di disabilità;
- attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità.
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____ Firma

_____

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate, ai sensi del Dlg.s 196/2003.

_____

(Firma per esteso)

Comune Cellino San Marco (BR) - Protocollo Generale 0046661 del 11-04-2022 - entrata