



COMUNE DI SAN VITO LO CAPO  
PROVINCIA DI TRAPANI

Via Savoia n.159 – Pal. La Porta 0923 621211 Fax 0923 621205 CF 80002000810

AVVISO PUBBLICO  
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO 2021

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

PROT. N. 22437 DEL 21/12/2020

RENDE NOTO

A tutti i cittadini che abbiano compiuto 60 anni d'età se uomini e 55 se donne che vivano in particolari condizioni di solitudine senza adeguato supporto familiare, i nuclei familiari in gravi condizioni di disagio in cui siano presenti minori o i cittadini riconosciuti portatori di handicap, che possono presentare istanza in carta semplice, compilata esclusivamente su moduli appositamente predisposti dal Comune di San Vito Lo Capo ed in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali, intesa ad ottenere, in relazione alle proprie esigenze, le prestazioni di assistenza domiciliare di seguito elencate:

- igiene e cura della persona;
- aiuto domestico;
- disbrigo pratiche;

La domanda dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Certificazione rilasciata dal medico curante ( per gli anziani );
- Verbale di invalidità civile e/o L. 104/1992 ( per i disabili );

Il servizio sarà reso a n. 30 utenti;

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE ENTRO E NON OLTRE IL 15/01/2021.**

Le richieste inoltrate anteriormente e successivamente ai termini fissati dal presente bando non verranno prese in considerazione.

Il modello di richiesta è disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali, sito in via Savoia, 167 tel 0923/621255 e sul sito istituzionale dell'Ente;

Il limite di reddito per l'accesso gratuito ai servizi socio-assistenziali è quello fissato dalla normativa regionale.

San Vito Lo Capo, lì



Il Responsabile del Settore I  
dott. Andrea Ferguglia



Mod. A.D.

**AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI SAN VITO LO CAPO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a San Vito Lo Capo in via  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ trovandosi nelle condizioni previste dalle L.L.R.R.  
87/81, 14/86, 22/86 (specificare il tipo di condizione) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se stesso  
 per il proprio familiare \_\_\_\_\_

di essere ammesso/a a fruire per l'anno \_\_\_\_\_ dei seguenti servizi di Assistenza Domiciliare:

- igiene e cura della persona;  
 aiuto domestico;  
 disbrigo pratiche.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 26 della legge n° 15 del 04.01.1968, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n° 403 del 20.10.1998 dichiara:

1. che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

2. Che il proprio nucleo familiare nel \_\_\_\_\_ ha percepito un reddito di complessivi \_\_\_\_\_ euro così distinto e corrispondente ai superiori nn. del nucleo familiare:

N.	REDDITO DIPENDENTE	REDDITO AUTONOMO	PARTECIP. SOCIETA'	REDDITO TERRENI	REDDITO FABBRICATI	DIVERSI
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Si allega:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- certificato medico;
- copia verbale invalidità civile e/o L.104/1992.

San Vito Lo Capo li,

Il richiedente

**CERTIFICAZIONE RILASCIATA AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE ISTITUITA  
DAL COMUNE DI SAN VITO LO CAPO**

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a San Vito Lo  
Capo nella via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, è affetto/a dalle seguenti  
patologie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Da controllo Medico effettuato in data \_\_\_\_\_ si evince che:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - E' autosufficiente                         | SI | NO |
| - E' parzialmente autosufficiente            | SI | NO |
| - E' affetto da malattie infettive o diffuse | SI | NO |
| - E' affetto da turbe mentali                | SI | NO |
| - Può partecipare alla vita di relazione     | SI | NO |
| - Può espletare i lavori domestici           | SI | NO |
| - Necessita di igiene e cura della persona   | SI | NO |

Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

San Vito Lo Capo li,

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

# COMUNE DI SAN VITO LO CAPO

- Ufficio Servizi Sociali -

## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a San Vito Lo Capo nella  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

ai sensi dell'art.10 della L. 196/2003 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti  
rispetto al trattamento dei dati personali",

dà il proprio consenso ed autorizzazione al trattamento dei dati personali, ivi compresi eventuali dati  
sensibili del proprio nucleo familiare, per le sole ed esclusive finalità di cui alla richiesta di che trattasi.

San Vito Lo Capo li,

Il richiedente