

COMUNE DI POLIZZI GENEROSA
Prov. di Palermo

AVVISO PUBBLICO
PRESENTAZIONE ISTANZE DI AMMISSIONE ALL'AZIONE N. 1 DEL PIANO DI
ZONA 2019
“ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DEGLI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI”

Ai fini dell'attivazione dell'Azione n. 1 del Piano di Zona 2019 del Distretto Socio Sanitario n. 35 ad oggetto: “ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI”, le persone anziane interessate o i loro familiari possono presentare apposita istanza presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune.

Le istanze dovranno essere presentate su apposito modulo, da ritirare presso l'Ufficio dei Servizi Sociali o da scaricare dal sito istituzionale (www.comune.polizzigenerosa.pa.it), entro il 4 Marzo 2022.

Saranno ammessi al servizio gli Anziani residenti nel Comune di Polizzi Generosa ultrasettantacinquenni in possesso di certificazione attestante l'invalidità civile del 100% o di certificazione di cui alla legge 104/1992.

Tenuto conto del modesto numero di ore assegnate dal Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario a questo Comune, non saranno ammessi all'intervento di assistenza domiciliare in favore degli anziani coloro che presentano istanza per fruire degli interventi riservati ai “DISABILI GRAVI” di cui all'Avviso Pubblico del 27 Gennaio 2022.

All' istanza dovrà essere allegata copia di un documento di identità del richiedente e del beneficiario, se persona diversa, e copia della Certificazione della Commissione Medica attestante l'Invalidità Civile del 100% o della Certificazione di cui alla Legge 104/1992.

Per eventuali chiarimenti e/o informazioni è possibile rivolgersi all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune (0921/551621 - 28)

Polizzi Generosa li 16/02/2022

Il Responsabile dell'Area Amministrativa
F.to D.ssa Rosalia Tocco

L'Assessore ai Servizi Sociali
F.to D.ssa Giovanna Curatolo

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI POLIZZI GENEROSA**

Oggetto: Richiesta di fruizione del servizio di Assistenza domiciliare in favore degli anziani non autosufficienti di cui all’Azione n. 1 del Piano di Zona 2019.

Il/la sottoscritt_____ nato/a_____

il _____ e residente a Polizzi Generosa in Via _____

n. _____ Tel. n. _____,

in qualità di:

____ soggetto anziano non autosufficiente;

____ referente della persona sotto indicata;

CHIEDE

____ per se;

____ per il/la Signor _____ nato/a a _____ il _____

e residente a Polizzi Generosa in Via _____ n. _____

Tel. n. _____,

di essere ammesso/a al servizio di assistenza domiciliare in favore degli anziani non autosufficienti di cui all’Azione n. 1 del Piano di Zona 2019 del Distretto socio sanitario n. 35.

Allega:

____ copia di un documento di identità del richiedente e del beneficiario, se persona diversa;

____ copia della certificazione della commissione medica attestante l’invalidità civile del 100% o della certificazione di cui alla legge 104/1992.

Castellana Sicula, li _____

Il Richiedente
