



## COMUNE DI PETRALIA SOTTANA

Area Socio Assistenziale e Demografia  
Palazzo Municipale Corso Paolo Agliata n. 50  
90027 Petralia Sottana (Pa) Codice fiscale 83000710828  
tel. 0921641451 – fax 0921680214

### AVVISO PUBBLICO PER IL SERVIZIO DI DISBRIGO PRATICHE RIVOLTO AGLI ANZIANI E AI DISABILI **Fondo Integrativo per i comuni montani**

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIO – ASSISTENZIALE

#### RENDE NOTO

Che questa Amministrazione ha ricevuto un finanziamento da parte del **Dipartimento per gli Affari Regionali e delle Autonomie, Servizio per le politiche urbane e per la montagna, all'interno del Fondo Integrativo per i comuni montani**, per l'avvio, tra l'altro, del presente servizio.

A tal fine i cittadini residenti nel Comune di Petralia Sottana, in possesso dei requisiti richiesti dal presente avviso possono presentare istanza per beneficiare del servizio:

- **di consegna a domicilio;**
- **di trasporto al mercato.**

Per l'ammissione al servizio occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

#### **Anziani**

1. Aver compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
2. Trovarsi in oggettive situazioni di non autosufficienza, anche parziale;
3. Essere residenti nel comune di Petralia Sottana.

#### **Disabili**

1. Essere in possesso di certificazione medica che attesti lo stato di disabilità;
2. Trovarsi in oggettive situazioni di non autosufficienza, anche parziale.

I moduli di domanda potranno essere richiesti presso l'ufficio dei Servizi Sociali del Comune

L'istanza deve essere presentata su appositi modelli predisposti dall'Ufficio Socio Assistenziale del Comune presso l'Ufficio Protocollo entro il 30.08.2019, corredata dai seguenti documenti:

1. Documento di riconoscimento;
2. Certificato medico e/o certificato di invalidità.

Petralia Sottana, li 08 agosto 2019

Il Responsabile dell'Area Socio Demografica  
Dott. Giuseppe Di Gangi

**OGGETTO: FONDO INTEGRATIVO PER I COMUNI MONTANI**  
**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO**  
**DI DISBRIGO PRATICHE RIVOLTO AGLI ANZIANI E AI DISABILI**

---

Al Signor Sindaco  
Del Comune di \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione al servizio di :

- 1) Consegna a domicilio
- 2) Trasporto al mercato

A tal fine dichiara:(barrare la voce che interessa)

- di aver compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico
- di trovarsi in oggettive situazioni di non autosufficienza, anche parziale
- di essere in possesso di certificazione medica che attesti lo stato di disabilità  
(allegare certificato)

A tal fine, allega:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_