



# Comune di Librizzi

(Provincia di Messina)

Ufficio Servizi Sociali

## **AVVISO PUBBLICO**

(SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI)

**Si rende noto che in data 2 gennaio 2012, sarà riavviato il Servizio di Assistenza Domiciliare agli Anziani.**

**Per l'accesso al servizio gli eventuali nuovi utenti sono invitati a presentare apposita richiesta.**

**La domanda va presentata all'Ufficio Protocollo del Comune.**

**I requisiti per ottenere il servizio sono:**

1. età non inferiore a 65 anni;
2. condizione di parziale e/o non autosufficienza, senza adeguato supporto familiare.

**La domanda va redatta sui modelli** disponibili presso l'Ufficio Servizi Sociali e Scolastici di questo Comune e sul sito [www.comune.librizzi-me.it](http://www.comune.librizzi-me.it).

La composizione del nucleo familiare sarà accertata d'ufficio presso i competenti uffici comunali.

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. fotocopia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi percepiti nell'anno 2010 riferita a ciascun componente il nucleo familiare;
2. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
3. certificato del medico curante attestante le condizioni psico-fisiche.

L'Ufficio Servizi Sociali è disponibile per ogni chiarimento (telefono 0941/367027 - 367028 - 32281 opzioni 1- 6).

Librizzi, 28 dicembre 2011

L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI  
(Vincenzo CALABRESE)

IL SINDACO  
(ing. Renato CILONA)

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI LIBRIZZI**

OGGETTO: Richiesta Assistenza Domiciliare Anziani per l'anno 2011-2012.

l sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Librizzi Via/C.da \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
C.F.N. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Alla S.S.Ill.ma di essere ammess\_\_ a fruire dell'assistenza domiciliare di cui all'oggetto, ed in particolare :

- Aiuto domestico  Aiuto e cura della persona  
 Espletamento pratiche  Sostegno psicologico  
 Assistenza sanitaria di tipo inferm.

**DICHIARA**

Ai fini di cui sopra, sotto la propria responsabilità:

- a) di essere \_\_ celibe/nubile \_\_ coniugat\_\_ con \_\_\_\_\_  
 vedov\_\_
- b) di vivere sol\_\_  con altri \_\_\_\_\_
- c) che il proprio nucleo familiare è così composto:
- 1) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- d) che il reddito complessivo familiare per l'anno 2010 è stato di € \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)
- e) di non possedere altri redditi oltre a quelli suddetti  di possedere oltre ai redditi di cui sopra   
rendite INAIL,  ciechi civili  sordomuti  pensioni sociali  pensioni di guerra   
invalido civile  % pari a €. \_\_\_\_\_
- Dichiara inoltre:
- f) stato di salute \_\_\_\_\_
- g) medico curante \_\_\_\_\_
- h) possibilità motorie \_\_\_\_\_

Allega i seguenti documenti:

- Fotocopia attestazione ISEE redditi anno 2010  
 Certificato del medico curante  
 Fotocopia del certificato attestante l'invalidità.

Il richiedente dichiara di avere conoscenza che ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Il richiedente autorizza il Comune interessato ad utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge e dal bando nonché per le elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto dei limiti posti dal Decreto Legislativo 186/2003.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. n. 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e dal fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

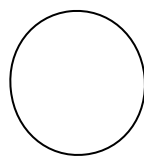
Librizzi, li ..... **Il/la dichiarante** .....

(firma per esteso e leggibile)

Parte Riservata all'Ufficio

Attesto che la firma che precede è stata apposta in mia presenza dal Sig./Sig.ra :

.....  
.....  
identificato/a a mezzo di  
.....



L'Impiegata Responsabile

Visto: confrontato con l'Ufficio Anagrafe  
Librizzi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_