|  |
| --- |
| Al Sindaco del Comune di Priolo Gargallo  c/o Ufficio Politiche Sociali  Via N. Fabrizi, s.n.  96010 Priolo Gargallo |

**OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI CENTRO DIURNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di (indicare il rapporto con il portatore di handicap) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Chiede***

che il disabile Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Priolo Gargallo in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**sia ammesso al Servizio di Centro Diurno in favore di persone con disabilità, accertata ai sensi della L. n. 104/1992;**

A tal fine dichiara che il disabile possiede i seguenti requisiti per l’accesso al servizio, ovvero:

* disabilità, accertata ai sensi dell’art. \_\_\_\_\_\_\_ comma \_\_\_\_\_\_\_\_ della L. n. 104/1992;
* certificazione medica rilasciata dal D.S.M. dell’Asp di Siracusa attestante lo stato di disabilità psichica.

***Dichiara:***

* che il disabile non è ricoverato presso strutture residenziali e semiresidenziali;
* che il nucleo di convivenza familiare è così composto (elencare i componenti del nucleo familiare, anche quelli conviventi di fatto);

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **DATA E LUOGO DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Allega alla presente:***

* attestazione **ISEE** in corso di validità, anche riferito al solo disabile (cfr. Tar Sicilia Catania sent. 42/07);
* copia del verbale di visita medica collegiale rilasciato ai sensi della L. 104/92 attestante la diagnosi dell’handicap;
* **solo per i disabili psichici**: Certificazione medica rilasciata dal D.S.M. dell’ASP di Siracusa dello stato di disabilità psichica;
* fotocopia della carta d’identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
* fotocopia della carta d’identità in corso di validità e codice fiscale del disabile;
* ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell’utente.

Nel caso di esubero di domande sarà formulata, a cura dell’ufficio di servizio sociale, apposita graduatoria e richiesto eventuale parere all’ufficio di medicina riabilitativa dell’A.S.P. di Siracusa.

***Dichiara, altresì:***

* di aver preso visione del bando e di accettare tutte le prescrizioni ivi indicate;
* di autorizzare il Comune al trattamento dei dati personali per le finalità connesse con la richiesta ai sensi del L. 196/2003, anche per via informatica.

|  |
| --- |
| IL DICHIARANTE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Priolo Gargallo lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_