



Città di Acireale

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14  
Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana E.

**CENSIMENTO PROGETTI INDIVIDUALI PER LA DISABILITA' GRAVE (ART.14 LEGGE 328/2000)**  
**D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018**

AL SIG. SINDACO COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

nella qualità di :

- Diretto interessato
- \_\_\_\_\_ ( specificare coniuge, figlio, amministratore di sostegno, altro)

**CHIEDE**

**la predisposizione del progetto individuale a favore di:**

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:**

**DICHIARA**

**Che i dati relativi al beneficiario sono i seguenti:**

**A. CODICE FISCALE:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

	NOME COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	POSIZIONE LAVORATIVA
1					
2					
3					
4					
5					

**C. ATTESTAZIONE I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014)**

- INFERIORE A € 25.000,00 ANNUI
- SUPERIORE A € 25.000,00 ANNUI

**D. RICONOSCIMENTO CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:**

- NON HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- NON HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L. REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)

**E. SITUAZIONE DI CURA/ ASSISTENZA:**

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE

---

- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO):

---

- ALTRO SUPPORTO PRIVATO  
(SPECIFICARE): \_\_\_\_\_
- MEDICO DI  
BASE \_\_\_\_\_

**F. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'**

**ALLEGA ALLA PRESENTE IN BUSTA CHIUSA:**

- 1) Copia certificazione sanitaria (l.104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di invalidità \_\_\_\_\_% ed indennità di accompagnamento (L.18/80; L.508/88);
- 3) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente
- 4) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Acireale al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Dichiara inoltre di essere informato che Il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di ..... Via ..... PEC..... Il responsabile del trattamento è.....e-mail..... IL responsabile della protezione dei dati è ..... e-mail .....

**Firma**

\_\_\_\_\_

**CENSIMENTO PROGETTI INDIVIDUALI PER LA DISABILITA' GRAVE (ART.14 LEGGE 328/2000)  
D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018**

**PATTO DI SERVIZIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente al Distretto socio-sanitario di \_\_\_\_\_

- Presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e socio-sanitari;
- Censito dal Distretto Socio-sanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- Classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 comma 3 della L. n.104/92

Ai sensi del Decreto attuativo del D.P. 589 del 31/08/2018, esecutivo dell'art. 9 della L.R.8/2017 e s.m.i.;  
Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000 e s.m.i.;

**DICHIARA**

1. Di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

.....  
.....  
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:

- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui;
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. Di accettare i seguenti servizi:

.....  
.....  
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto sociosanitario/Comune di residenza pr l'erogazione del servizio;
5. di accettare quanto di seguito descritto:
  - il Distretto Sociosanitario/Comune di residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.
6. nel caso venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/comune di residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;
7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Santa Venerina al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Dichiara inoltre di essere informato che Il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di Santa Venerina Piazza Regina Elena  
PEC: [protocollo@pec.comune.santavenerina.ct.it](mailto:protocollo@pec.comune.santavenerina.ct.it) Il responsabile del trattamento è l'Assistente Sociale Roberta Di Natale e-mail [assistentesociale@comune.santavenerina.ct.it](mailto:assistentesociale@comune.santavenerina.ct.it) IL responsabile della protezione dei dati è il dottor Ivan Masuzzo e-mail [ivanmasuzzo@gmail.com](mailto:ivanmasuzzo@gmail.com)

***Firma***

---