



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30  
COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - San Piero Patti)

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: PdZ 2013/2015 - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario n. 30 Azione 6 "Trasporto Sociale" terza Annualità.

Premesso:

- che il PdZ 2013/2015 dell'AOD N. 1 del D30, ha previsto l'azione n. 6 denominata "Trasporto Sociale" che ha come obiettivo il Pronto Intervento sociale per garantire il diritto alla fruizione dei servizi sanitari specialistici;
- che il servizio è rivolto a soggetti diversamente abili e ai malati oncologici che effettuino cure riabilitative e/o diagnostiche presso centri;
- che è prevista l'erogazione di un contributo per le spese di trasporto in favore delle famiglie, pari ad 1/5 del costo della benzina e/o gasolio per ogni chilometro effettuato in relazione alle corse chilometriche di andata e ritorno presso i centri e le strutture specialistiche dell'ASP.

L'importo non potrà superare la cifra massima di € 80,00, al fine di poter agevolare il maggior numero di utenti. Tali contributi verranno erogati in presenza dei seguenti presupposti:

- i centri e le strutture predette non provvedano al servizio di trasporto con mezzi propri;
- il comune non possa provvedere direttamente, in quanto privo di mezzi e di personale idoneo.

SI RENDE NOTO CHE

Possono presentare istanza i cittadini appartenenti al Distretto Socio Sanitario D30 - AOD N. 1, presso gli Uffici dei Servizi Sociali del proprio Comune di residenza, che abbiano i seguenti requisiti:

- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare l'attività riabilitativa;
- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare le cure chemioterapiche e radioterapiche;
- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap;
- Certificazione, rilasciata dal Centro di Cura e/o Riabilitazione, attestante il numero di sedute effettuate;
- Reddito complessivo riferito all'intero nucleo familiare, non superiore al minimo vitale previsto per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, calcolato in base alla pensione minima INPS.

Nel caso di richieste superiori alle somme messe a disposizione, sarà stilata una graduatoria a valutazione dell'Ufficio dei Servizi Sociali che terrà conto della seguente documentazione:

- Certificazione medica attestante il grado di disabilità;
- Attestazione ISEE;
- Autocertificazione componenti familiari.

L'accesso al servizio avverrà attraverso domanda che, potrà essere presentata, entro il 20 dicembre 2021.

Nel "Trasporto Sociale" Terza Annualità - sarà possibile accogliere un numero massimo di 250 richieste, da parte di cittadini residenti negli 8 Comuni dell'AOD N.1 appartenenti al Distretto Socio Sanitario n. 30.

SI INVITANO

i cittadini interessati a presentare l'istanza, **entro il 20 dicembre 2021**, allegando i seguenti documenti:

- Certificazione medica attestante il grado di disabilità;
- Attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità, non superiore al reddito minimo vitale anno 2021.

Per informazioni e il ritiro dello schema di domanda, rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di Patti, Capofila dell'AOD N. 1 o dei singoli Comuni appartenenti al Distretto.

E-mail [servizisociali@comune.patti.me.it](mailto:servizisociali@comune.patti.me.it)

Dalla Residenza Municipale li, 20/10/2021



IL Coordinatore Gruppo Piano  
Distretto Socio Sanitario D30  
Dott.ssa Marcela Gregorio

**Oggetto: "Trasporto Sociale" Terza Annualità.  
PdZ 2013/2015 - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario n. 30.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di richiedente/familiare \_\_\_\_\_  
del/la Sig/ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_,  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che il proprio nucleo familiare nel quale è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig/ra \_\_\_\_\_, disabile è costituito dalle seguenti persone:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

che abbia i seguenti requisiti:

- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare l'attività riabilitativa;
- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare le cure chemioterapiche e radioterapiche;
- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap;
- Certificazione rilasciata dal Centro di Cura e/o Riabilitazione, attestante il numero di sedute effettuate;
- Di avere un reddito complessivo riferito all'intero nucleo familiare, non superiore al minimo vitale previsto per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, calcolato in base alla pensione minima INPS.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione medica attestante il grado di disabilità;
- attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità;
- Fotocopia Codice IBAN .

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate, ai sensi del Dlg.s 196/2003.

( Firma per esteso )