

Al Sindaco del Comune di Priolo Gargallo  
Settore XII – Servizio Socio Assistenziale

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.

Priolo Gargallo lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_