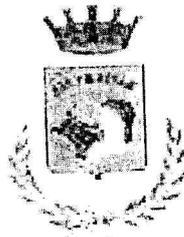


Comune di Petrosino



Città di Marsala

**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 52 MARSALA- PETROSINO****IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.52-MARSALA-PETROSINO**

Visto il D.A. n. 2201/S5 del 07/08/2017 dell'Assessorato alla Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro - Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali, con allegato Avviso Pubblico (allegato A).

**RENDE NOTO**

Con il Decreto Assessoriale di cui in oggetto è stato previsto un sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver delle **persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)** che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i.

Come previsto dal Decreto Assessoriale n. 2201/2017, le istanze dovranno essere presentate dal familiare-caregiver **entro il 20/09/2017, presso l'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza.**  
All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- ✓ certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi di "SLA";
- ✓ certificazione rilasciata dai Centri di Riferimento Regionali, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.

Lo stato di famiglia dovrà essere dichiarato dal richiedente nell'istanza e sarà verificato d'ufficio dal servizio sociale del Comune di residenza, nel rispetto della normativa vigente.

Il Servizio Sociale del Comune di Marsala e del Comune di Petrosino, verificata, rispettivamente, la documentazione presentata dai soggetti richiedenti, inoltrerà all'Ufficio Piano del Distretto Socio-Sanitario n.52 Marsala-Petrosino le istanze che risultano avere i requisiti richiesti, oltre che le istanze archiviate in quanto risultanti non idonee. Sarà cura del Distretto n.52 Marsala-Petrosino, inviare all'Assessorato Regionale competente, entro il 5 ottobre 2017, gli elenchi approvati degli aventi diritto, distinti dalla decorrenza del primo e secondo semestre 2017, secondo quanto stabilito dal sopra citato Decreto Assessoriale.

La Regione trasferirà, al Distretto Socio-Sanitario n. 52 Marsala-Petrosino le somme destinate a finanziare l'assegno di sostegno per i caregiver dei soggetti ammalati di "SLA", residenti nei Comuni del Distretto, nell'ambito della disponibilità delle somme.

Il beneficiario potrà ricevere il sostegno economico solo ed esclusivamente a seguito trasferimento delle somme da parte dell'Assessorato Regionale al Distretto n. 52 -Marsala -Petrosino

L'interessato, pertanto, non avrà nulla a pretendere dal Distretto Socio-Sanitario n.52 Marsala-Petrosino se le risorse finanziarie non verranno trasferite dall'Assessorato Regionale.

Il sostegno economico sarà erogato con validità 1 gennaio 2017 per tutti i pazienti affetti da SLA la cui patologia è stata certificata entro il 30/06/2017 e, con validità 01/07/2017, per tutti i pazienti affetti da SLA la cui patologia è stata certificata dal 01/07/2017, fino ad esaurimento delle somme destinate.

Gli interessati possono ritirare il modulo, ricevere eventuali informazioni e consegnare le istanze, negli orari di apertura al pubblico, presso:

-Comune di Marsala - Ufficio di Segretariato Sociale e Protocollo sito in via Falcone n. 5;

-Comune di Petrosino - Ufficio Servizio Sociale e Protocollo - sito in via X Luglio.

Inoltre, il presente avviso ed il modulo di domanda potranno essere scaricati dai seguenti siti internet:  
[www.comune.marsala.tp.it](http://www.comune.marsala.tp.it), [www.comune.petrosino.tp.it](http://www.comune.petrosino.tp.it)

Referente amministrativo: Sig.ra Vincenza Fici - Tel. 0923 993784  
Referente Tecnico: Ass. Soc. Maria Rosa Li Vigni - Tel 0923 993785

Marsala, 23.08.2017

IL COORDINATORE DEL DISTRETTO SS 52  
Dott.ssa Rosa Adamo

IL DIRIGENTE DEL COMUNE CAPOFILO  
Dott. L. Aldo Scialabba





AL COMUNE DI .....

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

**OGGETTO:** istanza di ammissione per l'erogazione di un sostegno economico, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, quale referente che si prende cura di un soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) - Avviso pubblico del 23/08/2017 ai sensi del D.A. n. 2201/S5 del 07/08/2017.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa visione e accettato quanto contenuto nell'Avviso Pubblico di cui in oggetto, in qualità di familiare che si prende cura dell'assistenza al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, affetto/a da SLA,

**Chiede**

di essere ammesso/a al beneficio economico di cui all'oggetto e, a tal fine,

**Dichiara**

sotto la propria responsabilità e ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,
- Di essere residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_
- Che il proprio recapito telefonico è il seguente: \_\_\_\_\_
- Che il proprio Codice fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_
- Di essere il familiare-caregiver del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - affetto/a da "SLA", e di prendersi cura della sua assistenza;
- Che il familiare, \_\_\_\_\_, affetto da SLA, è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed è residente in \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale : \_\_\_\_\_
- Di non percepire l'assegno di cura di cui alla L.R. n. 4 del 01/03/2017 e s.m.i.
- Che il proprio stato di famiglia è così composto :

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	Rapporto di parentela con il dichiarante
1) IL DICHIARANTE		/ / / / / / / / / /
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		

Di avere preso visione dell'avviso pubblico e di accettare le prescrizioni ivi indicate

**Allega alla presente:**

- o copia del documento d'identità in corso di validità del familiare/caregiver che sottoscrive l'istanza (la mancata presentazione del documento e/ o sottoscrizione dell'istanza determinano l'esclusione);
- o certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi di (SLA) in capo al soggetto che si assiste (la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione);
- o certificazione dei Centri di riferimento Regionali SLA, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia (la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione);
- o copia del codice IBAN del beneficiario;
- o copia del codice fiscale del richiedente e dell'assistito.

Data .....

Il familiare-caregiver

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"**

Per trattamento dei dati personali si intende la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, l'utilizzo, la comunicazione, la diffusione e la cancellazione delle informazioni riguardanti i soggetti di riferimento.

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati forniti sono trattati su supporto cartaceo e informatico ai soli fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta. Titolare è il Comune di Marsala ed il Comune di Petrosino. L'interessato/a ha diritto all'aggiornamento dei dati e ad opporsi per motivi legittimi al trattamento, oltre agli altri diritti indicati all'art. 7 del D.Lgs. N. 196/2003 "diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti".

L'Amministrazione comunale può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. LGS. n. 196 del 30/5/2003 "Codice trattamento dati personali").

Pertanto, il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. N. 196/2003 e di aver preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità di cui alla presente istanza.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_