



COMUNE DI PETRALIA SOTTANA  
(PROV PALERMO)

CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N°35  
DELLA REGIONE SICILIANA

PROT. 12586

L' 19 NOV. 2018

OGGETTO: UPI per Disabili – Azione n.2 PdZ 2013/2015 - Avviso per la  
presentazione delle istanze di ammissione.

Sigg.ri Responsabili  
Servizi Sociali

dei Comuni di

Alimena  
Blufi  
Bompietro  
Castellana Sicula  
Gangi  
Geraci Siculo  
Petralia Soprana  
Polizzi Generosa

LORO SEDI

Si trasmette, in allegato, la seguente documentazione:

- 1) Avviso pubblico per la presentazione delle domande di ammissione;
- 2) Modello di domanda di ammissione.

Codesti Comuni, alla scadenza del termine fissato dall'avviso pubblico, avranno cura di trasmettere le richieste presentate e la relativa documentazione a questo Comune capofila per la formazione della graduatoria.

In attesa di riscontro, si ringrazia e si porgono distinti saluti.

Il Coordinatore  
(Dott. Giuseppe Di Gangi)



COMUNE DI PETRALIA SOTTANA  
(PROV PALERMO)

CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N°35  
DELLA REGIONE SICILIANA

AVVISO PUBBLICO

**OGGETTO: Presentazione istanze per ammissione all'UPI per disabili .**

Il PdZ 2013/2015 prevede l'attivazione dell'UPI per Disabili presso la struttura sita in astellana Sicula c.da Frazzucchi.

L'UPI è destinata ad accogliere gratuitamente n. 20 soggetti disabili lievi e medio-gravi residenti nel territorio del Distretto socio-sanitario n.35 e si configura come luogo di integrazione e crescita sociale.

L'Upi rimarrà aperta per 9 mesi effettivi nell'arco di un anno nei giorni da lunedì a venerdì per quattro ore giornaliere dalle 9,00 alle 13,00.

Sarà garantito il trasporto dall'abitazione alla sede dell'UPI e viceversa ma non è prevista l'erogazione del pranzo.

Le domande di ammissione all'UPI devono essere presentate entro il termine perentorio del 20/12/2018 presso il Comune di residenza e dovranno essere corredate dalla seguente documentazione:

- Certificazione di cui alla legge 104/92 per handicap lieve o medio-grave o certificazione rilasciata dall'U.V.D. dell'ASP;
- Certificazione medica attestante l'idoneità del richiedente all'attività socio-ricreativa offerta dall'UPI;
- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità – si richiama l'attenzione sulla possibilità prevista dalle norme vigenti di scegliere un nucleo familiare ristretto (richiedente, coniuge e figli), ovvero, per le persone con disabilità maggiorenni non coniugate e senza figli che vivano con i genitori, un nucleo familiare composto dalla sola persona disabile.

Si precisa che, come previsto dal PDZ, l'ammissione al servizio avverrà sulla base della graduatoria distrettuale, che sarà redatta secondo l'ordine crescente di ISEE, garantendo comunque l'ammissione di n.3 soggetti per il Comune di Gangi e di n.2 soggetti per ogni altro Comune del Distretto.

Si precisa altresì che potranno essere valutate eventuali deroghe al possesso dei superiori requisiti, in caso di particolari condizioni di disagio e/o mancanza di supporto familiare.

Le informazioni sulle modalità di funzionamento dell'UPI potranno essere richieste presso gli uffici servizi sociali dei Comuni di residenza.

Petralia Sottana, li 19/11/2018

Il Coordinatore  
(Dott. Giuseppe Di Gangi)

**UPI PER DISABILI**  
**PIANO DI ZONA 2013/2015 1^ ANNUALITA'**

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

In qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_

L'inserimento presso l'UPI per disabili che sarà attivata presso il Comune di Castellana Sicula di:

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Si allega:

-Certificazione di cui alla legge 104/92 per handicap lieve o medio-grave o certificazione rilasciata dall'U.V.D. dell'ASP;

-Certificazione medica attestante l'idoneità del richiedente all'attività socio-ricreativa offerta dall'UPI;

-Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità – si richiama l'attenzione sulla possibilità prevista dalle norme vigenti di scegliere un nucleo familiare ristretto (richiedente, coniuge e figli), ovvero, per le persone con disabilità maggiorenni non coniugate e senza figli che vivano con i genitori, un nucleo familiare composto dalla sola persona disabile.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente domanda potranno essere utilizzati dall'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art.13 del D. L.vo n.196/2003, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e che responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

---