



27 SET. 2023

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 4".**  
**Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini**

Prot. 19252 Del

**AVVISO**

**PDZ 2019/2020 -CONTRIBUTO SPESE DI VIAGGIO PER TERAPIE E VISITE MEDICHE.**

**Premesso che:**

- con la Legge 328 del 08.11.2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", all'art. 19, stabilisce che i Comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'art.8, comma 3, lett. a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le Aziende Unità Sanitarie Locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'art.4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni regionali di cui all'art.18, comma 6, a definire il Piano di Zona;
- con il D.D.G. 1251/2019 modificato con D.D.G. 1911/2019 è stato approvato dalla Regione Siciliana il piano di riparto delle somme destinate ai 55 distretti socio sanitari per il 2019/2020;
- con Delibera del Comitato dei Sindaci n.1 del 22/01/2021 è stata attribuita al Comune di Cammarata la funzione di "Assunzione temporanea di Comune Capofila per la costruzione dei Piani di Zona 2018/2019 e 2019/2020";
- con deliberazione del Comitato dei Sindaci n.3 del 27/01/2021 è stato approvato il Piano di Zona 2019/2020 del Distretto Socio-Sanitario n.4;
- con Decreto Sindacale del Comune capofila di Cammarata n.5 del 03/02/2021 è stato approvato l'Accordo di programma per l'adozione del PdZ 2019/2020 del Distretto Socio-Sanitario D4;
- con nota 48385 del 22/10/2021 pervenuta in pari data al n°10654 del 25/10/2021 l'Assessorato alla famiglia ha trasmesso il parere di Congruità definitivo sul Piano di Zona 2019/2020;
- con verbale del Comitato dei Sindaci del 22/01/2021 è stato costituito il gruppo tecnico di lavoro;
- con verbale del Comitato dei Sindaci del 06/07/2022 si è dato avvio alle azioni previste nel PDZ19/20;

**SI RENDE NOTO**

A coloro che sono affetti da problematiche sanitarie e che frequentano centri specialistici a carattere ambulatoriale e diurno, la possibilità di richiedere un rimborso per un massimo di n. 30 trattamenti, quale quota parte delle spese sostenute:

- €. 30,00 a viaggio a quanti sono in possesso di attestazione ISEE fino ad €. 9.360,00.

- A coloro che superano la suddetta soglia ISEE verrà erogato un contributo nella misura del 50%.

**Qualora le somme non riescano a coprire l'intero fabbisogno richiesto, il contributo verrà ridotto proporzionalmente secondo le direttive previste nel progetto.**

**ALLA DOMANDA DOVRANNO ESSERE ALLEGATI I SEGUENTI DOCUMENTI:**

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente del nucleo familiare (ISEE) in corso di validità.
- documenti atti a comprovare quanto dichiarato.
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

Il cittadino per ottenere il contributo previsto dovrà presentare istanza all'ufficio di protocollo del Comune di residenza entro il 24 novembre 2023.

**Il presente avviso e lo schema di domanda sono pubblicati sui siti istituzionali dei Comuni di residenza .**

La Responsabile dell'Area Socio Assistenziale  
 f.to Dott.ssa Maria Concetta Dispoto



Il Sindaco  
 f.to Dott. Giuseppe Mangiapane

**PDZ 2019/2020 RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER TERAPIE E VISITE MEDICHE.**

ALL' UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/p.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in nome e per conto, e in qualità di \_\_\_\_\_ del sig./ra \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/p.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

-che venga concesso il contributo in oggetto per n° \_\_\_\_\_ viaggi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;  
che la famiglia convivente si compone di:

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Rapporto di parentela	Stato Occupazionale

**Alla presente allega:**

- Attestazione ISEE in corso di validità alla data di presentazione dell'istanza;
- Copia leggibile di un documento d'identità della richiedente in corso di validità;
- documenti atti a comprovare quanto richiesto.

FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196**

Ai sensi dell'art.13 D.Lgs. Giugno 2003, n.196, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti e finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al contributo richiesto, consapevole che il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica ed i dati personali possono essere comunicati all'INPS, alla Guardia di Finanza, all'Autorità Giudiziaria e ad altri Comuni.

\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_