



*(Milazzo, Capofila del Distretto Socio Sanitario 27, Torregrotta, S. Filippo del Mela, Condrò, Gualtieri Sicaminò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Valdina, Venetico)*

Ufficio Piano

Via F. Crispi, 1 Milazzo

Email: [staffservizisociali@comune.milazzo.me.it](mailto:staffservizisociali@comune.milazzo.me.it); pec: [protocollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it](mailto:protocollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it)

## AVVISO PUBBLICO

### ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO CITTADINI IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE SANITARIA DI CUI ALLA LEGGE 104/1992 - ART. 3 COMMA 3 FONDO PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA (F.N.A.)

VISTO l'art. 14 della L. 328/2000 secondo il quale "per realizzare la piena integrazione delle persone con disabilità di cui all'art. 3 della l. 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i Comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, uno specifico progetto individuale;

VISTI:

- il D.P.R. 589 del 31/08/2018, art. 3 comma 4 lett. b), e comma 6 che disciplina le modalità e i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitari delle risorse per l'attuazione di interventi finanziati in favore delle persone con necessità di sostegno intensivo;
- la legge regionale n. 8 del 9 maggio 2017, art. 9 comma 1 di "Istituzione del fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza" modificata dall'art. 30 della legge regionale n. 8/2018;

RICHIAMATI:

- i D.R.S. che prevedono l'erogazione di interventi in favore di persone con necessità di sostegno intensivo (adulti e minori gravi);
- l'avviso pubblicato in data 04/09/2025;

ATTESO che necessita garantire una partecipazione più ampia alla popolazione distrettuale interessata;

## SI RENDE NOTO

**che sono prorogati i termini per la presentazione delle istanze** delle persone con necessità di sostegno intensivo (adulti e minori gravi) ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge n. 104/92 e ss. mm. e ii., residenti nel territorio del Distretto Socio Sanitario 27, Comuni di Milazzo - capofila, Torregrotta, Condrò, Gualtieri Sicaminò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Valdina, Venetico, **fino al 06/10/2025.**

Milazzo, li 01.10.2025

I Responsabili del Procedimento

f.to Dott.ssa Domenica Bueti

f.to Dott.ssa Domenica De Gaetano

Il Dirigente del 5° Settore  
f.to Dott.ssa Mazzù Andreina

## PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 detta L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente  
al Distretto socio-sanitario di \_\_\_\_\_

( ) per se stesso

( ) in qualità di \_\_\_\_\_

del/la sig./ra \_\_\_\_\_ (nome della persona in possesso della  
certificazione sanitaria ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92);

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Socio sanitari
- censito dal Distretto Socio sanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente
- persona in possesso della certificazione sanitaria ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della L.r. 8/2017 e s.m.i.;  
Ai sensi degli artt. 46 e 47 dei D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai  
sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.  
445/00 e s.m.i.;

## DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario":  
-INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui;  
-SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui.
3. di accettare i seguenti servizi:  
.....  
.....  
.....  
.....
4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Socio sanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;
5. di accettare quanto di seguito descritto:  
-il Distretto Socio sanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile;
6. nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Socio sanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;
7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Socio sanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Modello di Istanza

**OGGETTO: Fondo per la Disabilità e la non Autosufficienza (F.N.A.) – Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. del 31/08/2018.**

Al Comune di \_\_\_\_\_

del Distretto Socio Sanitario D27

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

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

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

In qualità di :\*

☐ Beneficiario

☐ Genitore

☐ Rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

\*barrare la casella di interesse

**CHIEDE PER IL**

Da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore/amministratore

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018**

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1) Che il beneficiario è persona con necessità di sostegno intensivo (grave) ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;
- 3) Di non essere percettore di Prestazione Universale istituita con Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rilevante ai fini della percezione delle prestazioni.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
- Schema del patto di servizio compilato ad esclusione del punto tre (3) e firmato

Allega alla presente, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", la seguente documentazione:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- Certificazione ISEE o ISEE socio sanitario se adulto, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati

\_\_\_\_\_,  
luogo e data

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D27, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.Lgs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

\_\_\_\_\_,  
luogo e data

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_