



**COMUNE DI UCRIA**  
98060 Provincia di Messina

## **Avviso**

**SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE DENOMINATO "Sikelia Solidale"**

### **IL SINDACO**

**Informa** la cittadinanza che il Comune di Ucria anche per l'anno **2026/2027** continuerà a garantire il servizio civile in favore degli anziani residenti avendo aderito al progetto "Sikelia Solidale" promosso dall'Associazione Fraternita di Misericordia di San Piero Patti.

Il servizio mira a garantire un contributo alla collettività offrendo l'assistenza e il sostegno alle categorie socialmente vulnerabili, come anziani, disabili e persone non autosufficienti

**Destinatari del servizio sono:**

- **gli anziani, le persone adulte svantaggiate e con problemi di salute, i disabili e le persone affette da patologie temporaneamente e/permanentemente invalidanti e/o in fase terminale residenti nel comune di Ucria;**
- **Anziani ultra-sessanta/cinquenni in condizioni di parziale e/o non autosufficienza privi di adeguato sostegno familiare;**

Gli interessati dovranno produrre apposita richiesta e presentarla all'Ufficio Protocollo del Comune, corredata dalla seguente documentazione:

- 1. Certificato del medico di base o/e invalidità;**
- 2. Documento di riconoscimento in corso di validità;**

**Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il 31 LUGLIO 2026.**

Il modulo di richiesta può essere ritirato presso l'Ufficio Servizio Civile, dalla Sig.ra Giuseppa Maria Murabito o essere scaricato dal sito internet del Comune: [www.comune.ucria.me.it](http://www.comune.ucria.me.it).



**Il Sindaco**  
**Geom. Vincenzo Crisà'**

**L'Assessore al ramo**  
**Alice Casella**

F.10

**AL COMUNE DI UCRIA**

**OGGETTO : RICHIESTA DI ASSISTENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI TRAMITE SERVIZIO CIVILE .**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO**

**PER SE STESSO/A PER IL/LA SIG/RA**

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazione mendaci (art.76), che il nucleo familiare dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Occorre allegare alla presente :

- **Certificato medico di base e/o Copia verbale di invalidità ;**
- **Documento di riconoscimento in corso di validità ;**
- In caso di dichiarazione da persona delegata è richiesto anche documento di riconoscimento in corso di validità dello stesso .

Luogo e data

Il dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI Ai sensi e per gli effetti del Reg. Europeo 679/2016 “ Codice materia dei dati personali”, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara, inoltre, di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell’amministrazione comunale.

Luogo e data

Il dichiarante

## Si Attesta

Che il/la Sig \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Versa in condizioni di:

- Autosufficiente;
- Parzialmente autosufficiente;
- Non autosufficiente;

Ucrista li \_\_\_\_\_

Il Medico di base