



COMUNE DI UCRIA

98060 Provincia di Messina

PARTITA IVA: 00128180833

Avviso

SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE DENOMINATO "Sikelia Solidale"

IL SINDACO

Informa la cittadinanza che il Comune di Ucria anche per l'anno **2025/2026** 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 65 /enni 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 23.05.2025.

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.

06 MAG 2025



Il Sindaco
Geom. Vincenzo Crisa'

L'Assessore al ramo

Alice Casella
Alice Casella

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 a _____ il _____

residente a _____ via _____ 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. _____ nata/o a _____
il _____ residente in via _____ n° _____;

versa in condizioni di :

- Autosufficiente
- Parzialmente autosufficiente
- Non autosufficiente

Ucra li _____

Firma e timbro del medico
