



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Allegato D.1

**PROGETTI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ IN SOLUZIONI ALLOGGIATIVE A FAVORE DI
SOGGETTI CON DISAGIO MENTALE PRIVI DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/1992**

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Soggetto Proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N. d'iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

Iscritto all'Albo _____ al n _____ del _____

Si dichiara disponibile a realizzare progetti di supporto alla domiciliarità per disabili mentali privi della certificazione ex L. 104/1992, come meglio definite nelle linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19, e a tal fine

CHIEDE

L'iscrizione alla Long list degli Enti Gestori dei progetti di supporto alla domiciliarità per disabili mentali privi della certificazione ex L. 104/1992, di cui al Piano di Zona 2018/2019

A tal fine dichiara che:

può assicurare ai beneficiari la fruizione di idonea soluzione alloggiativa, anche in gruppi appartamento, dotata dei requisiti di cui ai prescritti **Standards Strutturali** (Linee Guida, Art. 4) comprensiva di utenze di luce ed acqua, in strutture che garantiscono una dignitosa sistemazione al beneficiario/a, la possibilità di



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

fruire sia di spazi privati che di spazi comuni, dovrà essere dotata di cucina e servizi, dovranno essere altresì garantire le utenze di luce ed acqua.

In particolare comunica che la/le struttura/e abitative da mettere a disposizione sono le seguenti:

1) Tipologia(gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) _____ -

Indirizzo: Via _____ n. ____ Comune di _____

N° POSTI LETTO DISPONIBILI _____, N° STANZE _____ N° SERVIZI COMUNI _____

N° SERVIZI IGIENICI _____.

2) Tipologia(gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) _____ -

Indirizzo: Via _____ n. ____ Comune di _____

N° POSTI LETTO DISPONIBILI _____, N° STANZE _____ N° SERVIZI COMUNI _____

N° SERVIZI IGIENICI _____

E' altresì disponibile ad attivare tali ulteriori servizi a favore del beneficiario, sempre nel limite del valore del voucher riconosciuto, nei seguenti ambiti:

TIPOLOGIA DI INTEVENTO	SI	NO
politiche attive di ricerca di una attività lavorativa		
misure volte a favore l'autonomia personale		
inserimento in liste di collocamento		
inserimento in corsi di formazione professionale		
misure volte a garantire l'inclusione sociale dei beneficiari		
misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari		
spese per cure mediche		
sostegno alimentare		



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

spese trasporto (biglietti mezzi pubblici/ buoni benzina, ecc.)		
Altro (specificare)		

A tal fine dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Gravina di Catania tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Dichiara altresì di prestare specifico consenso al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, nei limiti dell'oggetto della presente procedura

Si allegano alla presente

- certificazione sul possesso dei requisiti(All. C.2)
- documento di identità del legale rappresentante
- planimetria struttura
- ricognizione fotografica della struttura
- inventario arredi e oggetti della struttura
- documentazione a riprova del possesso del requisito di svolgimento servizi analoghi

Luogo Data _____

Timbro e Firma _____

Da firmare digitalmente