



# COMUNE DI COMITINI

*Terra dello Zolfo e delle Zolfare*

*Libero Consorzio Comunale di Agrigento*

*Settore I - Amministrativo, Sociale e Demografico*



*Città del Tricolore*

---

Piazza Bellacera, n. 1 - 92020 Comitini - Centralino 0922/600029-330 - Partita IVA 00311270847 - Cod. Fiscale 80004010841  
Sito Web: [www.comune.comitini.ag.it](http://www.comune.comitini.ag.it) - E-mail: [servizisociali@comune.comitini.ag.it](mailto:servizisociali@comune.comitini.ag.it) - PEC: [sociale@pec.comune.comitini.ag.it](mailto:sociale@pec.comune.comitini.ag.it)

---

## AVVISO

Si da avviso alla cittadinanza che il 09 settembre 2025 il nostro Comune ha aperto le porte al Servizio Civile Universale anche in ambito sociale con il progetto "Sicily Care+", e pertanto viene attivato un servizio di assistenza rivolto ad anziani ed adulti, in condizioni di disagio, fragilità sociale, isolamento, disabilità lieve, della nostra comunità.

Il servizio prevede l'attivazione di una prestazione di assistenza nelle pratiche di tutti i giorni (acquisto farmaci e/o piccola spesa, pagamento di bollette, ritiro certificati medici), attività di informazione ed orientamento (come supporto nella presentazione di istanze varie) e/o anche per semplice compagnia o una passeggiata.

Il presente Avviso Pubblico è volto a individuare i beneficiari di tale servizio che sarà rivolto, esclusivamente, ai cittadini residenti nel Comune di Comitini.

Usufruiranno di tale servizio, prioritariamente, coloro i quali non usufruiscono di assistenza domiciliare integrata, assegno di cura, dopo di noi, vita indipendente, servizi semiresidenziali e residenziali sia socio sanitari che socio assistenziali, SAD Anziani e Gli interessati che intendono usufruire delle attività dei volontari, possono presentare istanza utilizzando l'apposito modello che può essere scaricato dal sito internet istituzionale oppure dall'Albo Pretorio e/o ritirato presso l'ufficio servizi sociali comunale.

Comitini, 10/09/2025

Il Responsabile del Settore  
*Dott. Salvatore Parello*

Il Sindaco  
*Rag. Luigi Nigrelli*



**COMUNE DI COMITINI**  
**Terra dello Zolfo e delle Zolfare**  
**Libero Consorzio Comunale di Agrigento**



Città del Tricolore

Piazza Bellacera, n. 1 - 92020 Comitini - Centralino 0922/600330 - Partita IVA 00311270847 - Codice Fiscale 80004010841  
Sito Web: [www.comune.comitini.ag.it](http://www.comune.comitini.ag.it) - E-mail: [servizisociali@comune.comitini.ag.it](mailto:servizisociali@comune.comitini.ag.it) - PEC: [info@pec.comune.comitini.ag.it](mailto:info@pec.comune.comitini.ag.it)

**AL COMUNE DI COMITINI**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**OGGETTO: Progetto "Sicily Care+". Servizio di assistenza rivolto ad anziani e adulti.**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Terrasini

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

eventualmente in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al servizio di ASSISTENZA in favore di anziani ed adulti nell'ambito del progetto di Servizio Civile Universale "Sicily Care+"

- per sè stesso/a
- per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
Terrasini in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- Di avere preso visione dell'Avviso pubblico relativo al servizio in argomento;
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio
- ha età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);
  - ha una invalidità del \_\_\_\_\_ %;

- usufruisce di indennità di accompagnamento;
- non usufruisce di indennità di accompagnamento;
- fruisce di altri servizi di assistenza sociale erogati da (specificare quali servizi e da chi vengono erogati) \_\_\_\_\_

- non fruisce di altro servizio di assistenza erogato da enti diversi (ASP, Distretto, etc)
- non è assistito a tempo pieno o parziale da badanti

**Che la situazione familiare del destinatario è la seguente:**

- anziano solo non autosufficiente
- anziano con un familiare convivente non autosufficiente
- anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi
- anziano con figli residenti nel Comune
- anziano con figli non residenti nel Comune ma con parenti prossimi residenti (fratelli, sorelle, nipoti etc.)

**SI IMPEGNA**

a comunicare per iscritto all'ufficio Servizi Sociali ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

**Allega alla presente:**

- 1) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;
- 2) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto per cui si richiede l'assistenza;

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 il/la sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, contenuti nella domanda, e della documentazione alla stessa allegata per le finalità e le modalità previste dalla normativa vigente e per la loro comunicazione a soggetti e/o istituzioni coinvolte.

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_