

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALLE INIZIATIVE SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE DISABILI CON IL SUPPORTO DEI VOLONTARI DEL SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE.**

**1/A ▪ DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE– compilare gli spazi**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

n° tel \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

per:

**Se Stesso**

**OPPURE in qualità di**

**Familiare**

**Tutore, protutore o Amministratore di sostegno (specificare) \_\_\_\_\_**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**CHIEDE**

Di voler usufruire dei servizi gestiti dai volontari del servizio civile universale del Comune di Palmi  
(indicare il servizio richiesto)

- Supporto nella fruizione dei mezzi pubblici cittadini;
- svolgimento di piccole incombenze come ad esempio: spesa mattutina (acquisto generi alimentari e farmaceutici, ecc.), pagamento bollette, piccole commissioni;
- disbrigo pratiche amministrative;

- attività di assistenza domiciliare, volte ad aiutare le persone diversamente abili nell'utilizzo degli strumenti di comunicazione a distanza, come ad esempio: smartphone, PC e tablet (aiuto dei volontari che spiegheranno il funzionamento dei suddetti strumenti informatici, e supporteranno l'utente per l'invio di comunicazioni come email, sms oppure per svolgere videochiamate con parenti e amici);
- accompagnamento delle persone disabili presso i luoghi di socialità presenti sul territorio urbano, come ad esempio: parchi ed aree verdi. Si specifica che l'attività consiste in una semplice passeggiata dal domicilio dell'utente al luogo di socialità prestabilito, durante la quale il volontario potrà dialogare, sostenere l'utente se ha difficoltà motorie, offrendo in questo modo compagnia e sicurezza;

**Il/La sottoscritto/a è consapevole che le attività richieste non ricadono nella sfera sanitaria ma sono rivolte al sostegno della persona disabile per migliorare la qualità di vita nelle attività quotidiane e non potranno considerarsi servizi ritenuti essenziali con impegno costante e duraturo.**

<b>ALLEGATI PRESENTATI UNITAMENTE ALLA DOMANDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità del beneficiario del servizio;</li> <li>• Eventuale copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità di chi presenta la richiesta se diverso dal beneficiario del servizio.</li> <li>• Documento attestante la disabilità accertata dalla competente commissione INPS.</li> </ul>

Data di compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

*(Firma per esteso del sottoscrittore)*

\_\_\_\_\_