# Al Signor SINDACO COMUNE DI SCIACCA

# ufficiogabinetto@comunedisciacca.it

# S E D E

***OGGETTO: Punto Unico Soccorsi Covid-19 (Ordinanza sindacale n. 44 del 06/04/2020).***

# MODULO ADESIONE

La/il sottoscritta/o \_\_\_nata/o a \_\_\_

il / / residente nel Comune di Sciacca in Via n.

telefono , nella qualità di rappresentante legale dell’Associazione/Gruppo Volontariato/Ente no-profit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in riferimento all’avviso del 6 aprile 2020 diramato dal Sindaco di Sciacca per l’adesione al PUS,

**COMUNICA**

formalmente la propria adesione al Punto Unico Soccorsi costituito per le finalità di cui appresso:

1. fornire ai cittadini informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi ed a tutte le forme di aiuto offerte ai residenti in condizione di fragilità;
2. garantire a tutti i cittadini in difficoltà l’omogeneità di trattamento e, in particolare, il diritto all’accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie e il diritto all’informazione e alla presa in carico;
3. raccogliere le donazioni di alimenti, pasti caldi, beni di prima necessità e buoni spesa da parte di imprenditori e privati per dare un aiuto concreto e immediato ai nuclei familiari in difficoltà;
4. assicurare la distribuzione alimentare a domicilio per disabili o anziani senza assistenza, la consegna di farmaci o altri generi di prima necessità, la distribuzione di alimenti e di beni di prima necessità anche a famiglie meno abbienti o in particolare difficoltà economica in conseguenza della crisi determinata dall’emergenza Covid-19;
5. analizzare e decodificare le richieste di aiuti, avviando il percorso assistenziale, monitorando e verificando i servizi offerti ad ogni cittadino.

A tal fine indica per ogni eventuale comunicazione i seguenti recapiti:

**- recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del G.D.P.R. 679/2016.**

# Data / / 2020 Firma