***Al Comune di***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

In persona del

Sindaco

*Pro Tempore*

 ***All’assessore***

***Ai Servizi Sociali***

***Del Comune Di***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Pro Tempore*

***All’Azienda***

 ***Sanitaria di***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In persona del legale rappresentante

*pro tempore*

e p.c.

**All’Ente gestore**

**del centro**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In persona del legale rappresentante

*pro tempore*

***Oggetto****: istanza di conversione temporanea dei servizi fruiti dal Sig./ Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso il centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in prestazione individuali ex art.48 D.L. n. 18 del 17.3.2020.*

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

□ Diretto interessato,

o

□ Genitore

□ Amministratore di sostegno

□ Tutore

□ Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che all’atto della sospensione frequentava il centro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con i seguenti orari e nei seguenti giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

considerato che:

* Con il D.L. 17 marzo 2020 n. 18 è stata sospesa fino al 3 aprile, salvo successiva proroga, l’attività dei centri semiresidenziali, comunque denominati, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità;
* il centro………………………………………………………,avendone le caratteristiche, è rientrato nella suddetta sospensione;
* **il nucleo familiare,** sta fronteggiandocon dedizione in nuovo difficile scenario conseguente alla chiusura del centro e alla improvvisa interruzione dei contatti sociali, **tentando di supportare il proprio congiunto con disabilità con enormi sforzi,** anche al fine di scongiurare i moltissimi rischi cui egli va incontro in termini di rapida perdita delle competenze e autonomie acquisite con fatica nel tempo;
* nonostante gli sforzi**, la famiglia non riesce a sostituire efficacemente anche il fondamentale apporto umano e professionale in termini di risposta al bisogno socioassistenziale/sociosanitario di cui il nostro congiunto con disabilità normalmente gode frequentando il centro,** con tutte le ripercussioni negative che ne conseguono**;**
* l’art. 48 co. 1 del D.L. 17 marzo 2020 prevede, come soluzione applicabile durante la sospensione delle attività nei centri di cui sopra, che *“****le pubbliche amministrazioni forniscano****, avvalendosi del personale disponibile già impiegato nei servizi sospesi dipendente da soggetti privati che operano nei servizi in convenzione, concessione o appalto,* ***prestazioni in forme individuali domiciliari o a distanza o resi*** *nel rispetto delle direttive sanitarie* ***negli stessi luoghi ove si svolgono normalmente*** *i servizi senza ricreare aggregazione”;*
* le prestazioni svolte presso il centro possono essere, quindi, convertite in attività **individuali domiciliari o a distanza;**
* la conversione si rende necessaria per proseguire il percorso già portato avanti e mantenere i risultati ottenuti dal mio familiare nonché per **garantire una forma di sollievo alla famiglia,** già fortemente sovraccaricata dalla situazione conseguente all’emergenza in atto;

con la presente

**chiedo**

che, per tutto il periodo di sospensione delle attività del centro………………………………………………………al fine di dare continuità alle attività normalmente svolte presso lo stesso dal Sig./dalla Sig.ra………………………………………. e offrire anche sollievo alla famiglia, siano attivate, salvo facoltà di rinuncia in qualunque momento, le prestazioni individuali domiciliari alternative preferibilmente nella seguente modalità:

□ **prestazioni in forme individuali domiciliari;**

□ **prestazioni in forme individuali o non a distanza;**

□ **prestazioni negli stessi luoghi ove si svolgono normalmente i servizi senza ricreare aggregazione.**

impegnandomi a garantire, durante lo svolgimento del servizio, l’adozione delle precauzioni e il rispetto delle misure di sicurezza volte ad contrastare il contagio da COVID-19, che mi saranno da voi indicate, chiedendo, al contempo, l’osservanza delle corrispondenti prescrizioni di legge gravanti su codeste Amministrazioni o su chi da voi incaricato a garantire detto servizio.

Il tutto predisposto con la finalità di garantire la massima tutela della salute di operatori e utenti e loro familiari.

**Vista l’urgenza di garantire nell’ immediatezza, una risposta al bisogno sociosanitario/socioassistenziale anche in questo momento di sospensione delle ordinarie modalità di svolgimento delle attività**, pertanto, sollecito le competenti amministrazioni affinché **si attivino tempestivamente**, ognuna per la parte di propria competenza, **a concordare con l’ente gestore del centro**…………………………………….. e **la sottoscritta/o** termini e modalità di svolgimento del servizio richiesto.

In calce alla presente si comunicano i recapiti sui quali chiedo che mi venga fornito urgente riscontro.

Distinti saluti,

Data   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per presa visione del genitore o persona di riferimento del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(in caso di richiesta compilata direttamente dal fruitore dei servizi)*

Recapiti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_