



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 8 DI CALTANISSETTA

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO
D8 CALTANISSETTA
TRAMITE IL COMUNE DI RIESI_

OGGETTO: ISTANZA PER L'AMMISSIONE AI CENTRI AGGREGATIVI DI SUPPORTO E ANIMAZIONE SOCIALE PER I DISABILI (DI CUI AI PIANI DI ZONA – TRIENNI FNPS 2001/2012 – DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D8 DI CALTANISSETTA).

Il/La sottoscritto/a _____ (*) nato/a il _____ (*)

a _____ e residente a _____ (*)

Via _____ n. civico _____, (CF _____)

(Tel/Cell . _____ (*) E-mail _____)

Il sottoscritto, nella sua qualità di (contrassegnare con una X) :

diretto interessato

in qualità di genitore/ tutore/ amministratore di sostegno del sig/sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ (*)

residente a _____ (*) Via _____ n. civ. _____
(CF _____), (Tel/Cell _____ (*)

E-mail _____

CHIEDE

L'ammissione ai centri aggregativi di supporto ed animazione per i disabili previsti nel Comune di:

(contrassegnare con una X il centro prescelto)

Riesi, con modalità part-time (dalle ore 9,00 alle ore 12,00 per 3 giorni alla settimana) - n.20 utenti

Delia, con modalità full-time (6 ore al giorno dal lunedì al venerdì) - n.10 utenti

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- DI ESSERE DISABILE CON INVALIDITA' RICONOSCIUTA DEL _____ %

- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISULTA COSI' COMPOSTO:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Indirizzo	Rapporto di parentela	Invalido Si/No

- **CHE L'IMPORTO DEL PROPRIO ISEE** (in corso di validita') ammonta a € _____

Allega alla presente istanza:

- **Documentazione sanitaria attestante il tipo e il grado di disabilità ;**
- **Fotocopia di un valido documento di riconoscimento del richiedente**
- **Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente se diverso dal beneficiario**
- **Altra documentazione:**

_____ **li** _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

IL/la sottoscritto/acconsente che, in riferimento al D.Lgs196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc.da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di _____ per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il/la richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. L.gs 196/2003.

_____ **li** _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
