



Comunità Montana Peligna

Comunità Montana Peligna
Via Angeloni, 11
67039 Sulmona

Domanda di ammissione al servizio Centro Diurno Socio-Educativo per soggetti diversamente abili

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Residente in via _____ n. _____ cap _____ prov (_____)
Domicilio _____ Telefono _____

Chiede

Per se;

oppure,

Per il/la sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
Residente in via _____ n. _____ cap _____ prov(_____)
Domicilio _____ in qualità di: genitore, coniuge, figlio, tutore, curatore,
 amministratore di sostegno, altro _____

**Di essere ammesso a partecipare alle attività promosse dal Centro Diurno Socio-Educativo
"Dinamo" c/o la sede di Pratola Peligna (AQ) in via Benedetto Croce n. 1**

A tal fine, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- Che il/la sig/ra _____ vive con:

(indicare nome, cognome, luogo e data di nascita, rapporto di parentela, professione di tutti i conviventi e le ore lavorative giornaliere)

NOME E COGNOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE	ORE LAVORATIVE GIORNALIERE

- Che ha assolto l'obbligo scolastico

non ha assolto l'obbligo scolastico

- Che ha la certificazione di cui alla L. 104/92

- Che non è attualmente impegnato in attività lavorative

è attualmente impegnato nella seguente attività lavorativa _____

dalle _____ alle _____ presso _____

del Comune di _____

Il sottoscritto si impegna a:

- collaborare con il servizio nelle varie fasi di realizzazione dell'intervento;

Allega:

- il certificato di riconoscimento della situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/1992 (se non è stato già prodotto);
- la Diagnosi Funzionale (se non è stata già prodotta);
- il certificato medico attestante l'idoneità alla frequenza, l'immunità da malattie infettive e contagiose ed eventuali patologie di tipo cronico, allergie o intolleranze alimentari la cui validità, salvo diversa disposizione, sarà considerata annuale, nonché la presenza o meno di comportamenti violenti;
- il certificato medico attestante eventuali terapie farmacologiche in atto;
- l'attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare al quale appartiene l'utente;
- la documentazione, ove in possesso, dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM) rilasciata dall'azienda USL di competenza.

Data _____

Firma _____