

 Domanda di accesso al centro diurno per disabili Ecad n. 2

|  |
| --- |
| **Il sottoscritto** |
| Cognome  | Nome | Codice Fiscale  |
| DATA DI NASCITA | SESSO  | LUOGO DI NASCITA  | CITTADINANZA |
| Telefono fisso | Telefono cellulare  | Posta elettronica certificata  | Posta elettronica ordinaria |

# CHIEDE

|  |  |
| --- | --- |
|  | per sé stesso |
|  | per il seguente familiare o tutelato |
| IN QUALITÀ DI: |
| Cognome  | Nome | Codice Fiscale  |
| DATA DI NASCITA | SESSO  | LUOGO DI NASCITA  | CITTADINANZA |

*In qualità di (\*)*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

|  |
| --- |
| **attualmente residente in** |
| COMUNE | VIA/PIAZZA | CIVICO | PROVINCIA | CAP |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

# DICHIARA

che i componenti del proprio nucleo familiare, compreso il richiedente, alla data di presentazione della domanda, come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, sono i seguenti

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome  | Nome  | Data di Nascita  | Grado di parentela (\*) | Professione (\*) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Grado di parentela (\*)*:

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (\*\*)*:

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

DICHIARA INOLTRE

Che la persona da inserire nel centro diurno è affetta da minorazioni, psichiche e/o sensoriali medio-lievi, medio-gravi, che abbiano assolto l'obbligo scolastico e con una età compresa tra i 18 e i 65 anni, con la finalità di garantire percorsi educativi per il mantenimento e lo sviluppo dell’autonomia personale e sociale dei disabili adulti attraverso attività ricreative, occupazionali e di partecipazione alla vita sociale, favorendo in particolare l’inclusione nella comunità locale.

|  |
| --- |
| **Elenco degli allegati** |
|  | copia del certificato di invalidità o altra prescrizione per frequentazione centro |
|  | certificazione medica di disabilità e di diagnosi funzionale (se in grado di vita comunitaria) |
|  | copia del documento d'identità |
|  | Copia documento Isee  |
|  | altri allegati (specificare ) |

|  |
| --- |
| **Informativa sul trattamento dei dati personali***(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)* |
|  | dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. |

|  |
| --- |
| **Di fare la domanda per il Centro Diurno per Disabili ubicato nel comune di**: (barrare con una x in corrispondenza) |
| * Comune di Aielli;
* Comune di Carsoli;
* Comune di Celano;
* Comune di Civita D’Antino frazione di Pero dei Santi;
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO  | DATA  | IL/LA DICHIARANTE  |