



# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM G 6

ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI TRA LA ASL RM G 6, LA VXIII° COMUNITA' MONTANA MONTI LEPINI E I COMUNI DI: ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO, MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE

## COMUNE CAPOFILIA CARPINETO ROMANO

SPETT. LE COMUNE DI

Via.....

.....

**OGGETTO:** Domanda per l'accesso al Centro Diurno Socio-Educativo per disabili.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ in nome e per conto proprio ovvero in qualità di tutore di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'inserimento presso la struttura:

- Centro Diurno "Spazio Aperto";
- Centro Diurno "Il Cerchio Magico".

### DICHIARA

- di essere invalido civile ai sensi della L. n. 18/1980 o 118/1971 e/o portatore di handicap ai sensi della L. n. 104/1992;
- di essere utente del seguente servizio territoriale dell'ASL: \_\_\_\_\_

### ALLEGA:

1. Modello di autocertificazione, debitamente compilato, attestante la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare, così come previsto dalla vigente normativa D. Lgs 31/3/1998, n. 109 e successive modificazioni (ISEE);
2. Certificato del medico curante nel quale dovrà essere indicato il grado di autosufficienza del disabile, l'assenza di malattie infettive in atto, eventuali patologie presenti e le terapie seguite;
3. Riconoscimento dell'invalidità civile ai sensi della L. n. 18/1980 o 118/1971 e/o riconoscimento dell'handicap ai sensi della L. n. 104/1992;
4. Fotocopia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_