

RICHIESTA PARTECIPAZIONE LABORATORI ESPERIENZIALI

A) da compilare se la domanda è presentata dal diretto interessato

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
Nato/a a _____ prov (____) il ____/____/____
Residente nel Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____
Email _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____

B) da compilare se la domanda è presentata dal caregiver

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
Nato/a a _____ prov (____) il ____/____/____
Residente nel Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____

In qualità di:

- Caregiver

Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____

Convivente: si no

- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

Modulo di domanda

- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____
n. _____)
- Altro (specificare: _____)

In favore di: (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (_____) il ____ / ____ / _____

Residente nel Comune di _____ prov. (_____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

ESPRIME

la propria preferenza per le attività laboratoriali di seguito riportate, consapevole che la frequenza sarà confermata in sede di UVM tenendo in considerazione le scelte segnalate:

- Laboratorio di teatro
- Laboratorio di arte culinaria
- Laboratorio di musicoterapia e musica d'insieme
- Laboratorio di espressione artistica ed arteterapia

DICHIARA

- che il richiedente ha preso parte alle attività del Dopo di Noi
- di essere beneficiario di servizi e prestazioni sociali e sociosanitari di seguito indicati:
 - Nessun Servizio
 - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare tra le 13 e 18 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare tra le 19 e 24 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare tra le 25 e 30 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali
 - 2 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
 - 3 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
 - 4 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
 - 5 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
 - Frequenza di un laboratorio fino a 2 giorni settimanali
 - Frequenza di un laboratorio oltre i 3 giorni settimanali

Modulo di domanda

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

ALLEGA

- certificazione di invalidità ai sensi della L.104/92, art. 3 comma 1 e 3
- certificato medico attestante l' idoneità psicofisica per lo svolgimento delle attività laboratoriali di gruppo
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- Attestazione ISEE in corso di validità

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Si informano i partecipanti al presente avviso che i propri dati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, in esecuzione del D.lgs 163/2013 e s.m.i. in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Data _____ Firma _____

Luogo e data, _____

FIRMA
