All’Ufficio Servizi Sociali del Comune di:

* POLICORO
* NOVA SIRI
* SCANZANO J.CO

**“AVVISO PUBBLICO ISCRIZIONE CENTRO DIURNO SMILE DI POLICORO”**

**DOMANDA DI ACCESSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via/Vico/Corso/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di INTERESSATO / TUTORE / DELEGATO

Per conto di

(eventualmente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via/Vico/Corso/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter accedere al CENTRO DIURNO SMILE DI POLICORO secondo quanto previsto dall’Avviso Pubblico.

Ai sensi dell’artico 3 dell’Avviso pubblico, si allega la seguente documentazione:

* Certificato di accertamento della condizione di handicap rilasciato ai sensi della legge n. 104/1992.
* Certificato medico attestante l’immunità da malattie infettive e contagiose, allergie o intollerante alimentari la cui validità, salvo diversa disposizione, sarà considerata annualmente.
* Certificato medico attestante eventuali terapie farmacologiche in atto e la certificazione della terapia (in caso di terapia farmacologica psichiatrica, è necessario allegare relativa certificazione specialistica che attesti che il paziente risulta compensato).
* Certificato medico specialistico attestante l‘idoneità alla vita di comunità e l’assenza di comportamenti violenti.
* Attestazione ISEE socio sanitario del beneficiario in corso di validità.
* Autocertificazione relativa all’eventuale fruizione di altre prestazioni sociali.

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN FEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma interessato o del richiedente)