

Ufficio di Piano

Allegato A

**Alla Comunità Montana Salto Cicolano**

**Distretto RI4**

**Ufficio di Piano**

**Richiesta iscrizione al Centro Diurno per persone con Disabilità**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome )

nato/a a prov. il

residente a in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email

in qualità di giusto decreto n. del dell'utente:

Sig./Sig.ra Cognome Nome nato/a a prov. il residente a in via

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione presso il Centro Diurno Distrettuale denominato “Il Quadrifoglio”.

**ALLEGA**

*(barrare le caselle di interesse)*

[ \_ ] copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;

[ \_] copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (caregiver, tutore, amministratore di sostegno) qualora diverso dal beneficiario;

[ \_ ] decreto di nomina del tutore legale o dell’amministratore di sostegno, qualora presente

[ \_ ] copia della certificazione in corso di validità, rilasciata dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap, ai sensi della legge 104 del 1992 art. 3 e/o certificazione di invalidità civile al 100% ai sensi dell’art.20 L.102/09;

[ \_ ] copia attestazione ISEE in corso di validità (calcolata sul nucleo familiare anagrafico);

[ \_ ] certificato medico specialistico del medico di medicina generale o dello specialista del SSN che ha in cura l’utente, che riporti la diagnosi dettagliata e il piano terapeutico aggiornato a 12 mesi.

Data

Firma

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del regolamento e di accettarne le condizioni.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle tariffe per la compartecipazione alla spesa del centro diurno da parte dell’utente approvate con DG n.18/2018 e si impegna a rispettare i tempi dei pagamenti.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati e la trasmissione dei dati agli Enti preposti, per i fini di cui al regolamento del centro diurno distrettuale.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_