

Assessorato sanità, salute e politiche sociali

Struttura disabilità
Loc. Grande Charrière, 40
11020 Saint-Christophe AO

Tel. n. 0165/527112 – 7013
Fax n. 0165/527100

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO REGIONALE DI ACCOGLIENZA E
ACCOMPAGNAMENTO RIVOLTO A PERSONE CON DISABILITA' PSICOFISICHE E AI LORO
FAMIGLIARI, DENOMINATO "ORCHIDEA" PROGETTO DELLA COOPERATIVA "BOURGEON DE
VIE" AGGIUDICATARIA DELLA GARA DI APPALTO

PERIODO: 1° SETTEMBRE 2013 – 31 DICEMBRE 2014

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/Fraz./Loc. _____ n° _____

domiciliato a _____ Via/Fraz./Loc. _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono _____ cellulare _____

in qualità di _____

- Familiare
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno

OPPURE

l'Istituzione Scolastica _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____

nella persona di _____

- insegnante di sostegno
- operatore di sostegno
- accompagnatore

CHIEDE

l'ammissione al Servizio di accoglienza e accompagnamento rivolto a persone con disabilità psicofisiche e ai loro famigliari,
denominato "Orchidea"

di _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/Fraz./Loc. _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono _____ cellulare _____

INDICARE GIORNO E ORA DI PREFERENZA

| Giorno | Orario | Luogo | Note |
|------------------------------------|---------------|--------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | 9.30-11.30 | Via Roma, n. 83 – DONNAS (AO) | |
| <input type="checkbox"/> Lunedì | 14.30 – 16.30 | Loc. Amérique, n. 95 QUART (AO) | |
| <input type="checkbox"/> Martedì | 15.00-17.00 | Loc. Amérique, n. 95 – QUART (AO) | |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | 14.30 – 16.30 | Loc. Amérique, n. 95 – QUART (AO) | |
| <input type="checkbox"/> Giovedì | 9.30 – 11.30 | Via Roma, n. 83 – DONNAS (AO) | |
| <input type="checkbox"/> Venerdì | 9.30 – 11.30 | Loc. Amérique, n. 95 – QUART (AO) | |

PUR DANDO ATTO CHE LA DATA E L'ORARIO VERRANNO CONCORDATI CON I RESPONSABILI DELL'ATTIVITA'.

Il servizio accogliente si riserva di raccogliere ulteriori informazioni utili alla realizzazione del progetto.

DICHIARAZIONE

Il/ la sottoscritta _____

dichiara di essere in possesso dell'attestazione rilasciata ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge nazionale 104/1992, relativa all'accertamento dell'handicap o, per i casi previsti dal comma 3 dell'art. 94 della Legge nazionale n. 289/2002 della dichiarazione di gravità rilasciata dal medico di base.

OPPURE

Il/ la sottoscritta _____

DICHIARA

che il sig. _____

per il quale si richiede l'ammissione al servizio in oggetto è in possesso dell'attestazione rilasciata ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge nazionale 104/1992, relativa all'accertamento dell'handicap o, per i casi previsti dal comma 3 dell'art. 94 della Legge nazionale n. 289/2002, della dichiarazione di gravità rilasciata dal medico di base.

Data _____ Firma _____

Tutela della privacy - Avvertenza

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si informa che l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali utilizzerà i dati personali e quelli sensibili in suo possesso per i fini istituzionali

Servizio diurno
Orchidea

collegati alla presente domanda e che essi saranno comunicati alla Cooperativa “Bourgeon de Vie – Onlus”, con sede in Nus, la quale é autorizzata al trattamento degli stessi.

Per presa visione: firma _____

N.B.: l’Amministrazione regionale può, ai sensi dell’art. 33 della L.R. 6/8/2007 n. 19, procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate

Data _____

Firma _____

CONSENSO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003 N. 196
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a, informato/a, ai sensi Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196
ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, nel rispetto della normativa vigente e per i soli fini applicativi.

Data _____

Firma _____

Note informative:

D.P.R. 445/2000 – Art. 76 – commi 1 e 2 –

“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;

L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso”.

D.P.R. 445/2000 – Art. 38 – comma 3 –

“Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell’amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica.... Omissis.....”