

PLUS

DISTRETTO DI SANLURI

Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca

ASSL Sanluri

Provincia del Sud Sardegna

- UFFICIO DI PIANO -

Via A. Riva Villasanta, 17 - Tel. 070/9383251/310/308 - Fax 070/9301709

e-mail ufficiodipianosanluri@gmail.com - PEC serviziosociale@pec.comune.sanluri.vs.it

All'Ufficio di Piano
PLUS Sanluri
Via A. Riva Villasanta, 17
09025 - Sanluri (VS)

OGGETTO: RICHIESTA D'ACCESSO AL PROGRAMMA SPERIMENTALE PER LA VITA INDIPENDENTE E L'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ.

Il/La sottoscritt_____
 nat__ a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ n. _____
 codice fiscale _____
 tel _____
 e-mail _____

CHIEDE

Di essere ammesso al programma di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità psichica.

A tal fine, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito indicato:

Nome e cognome	Luogo/Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Di non beneficiare di alcun intervento a carattere socioassistenziale;

di beneficiare dei seguenti interventi a carattere socio-assistenziale:

Tipologia intervento	Giorni in cui si svolge l'intervento	Totale ore settimanali
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	

di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'accesso al programma sperimentale per la vita indipendente e l'inclusione sociale delle persone con disabilità.

Il sottoscritto **si impegna** a:

- comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni;
- collaborare con i servizi territoriali, sociali e sanitari, per la valutazione della propria situazione sociosanitaria e la condivisione di un progetto individuale;

Allega:

- documento di identità in corso di validità;
- relazione medica aggiornata, redatta dal medico specialista di riferimento, inerente la situazione sanitaria complessiva (diagnosi, presenza di ulteriori patologie oltre la principale, ecc.).

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI
D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" - La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti nel presente modulo è finalizzato alla realizzazione delle attività necessarie all'erogazione del servizio, ai fini contabili e statistici. Il trattamento avverrà con l'utilizzo di procedure informatizzate e non, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. I dati potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici o a soggetti privati nei limiti previsti dalle vigenti leggi e dai regolamenti comunali.

Data _____

Firma _____