



MODULO DI ISCRIZIONE
CENTRO SOCIALE POLIVALENTE PER DIVERSAMENTE ABILI "L'ANGIOLETTTO"

Il/La sottoscritto/a
nato/a provincia il
C.F.
residente a in via/piazza n°
telefono e-mail

in qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Familiare (indicare il grado di parentela)
- ☐ Tutore/amministratore di sostegno
- ☐ Altro (specificare)

CHIEDE

l'iscrizione al CENTRO SOCIALE POLIVALENTE PER DIVERSAMENTE ABILI "L'ANGIOLETTTO"

in favore di: nome cognome
nato/a provincia il
C.F.
residente a in via/piazza n°
telefono e-mail
in possesso di ☐ Carta ☐ 'ermesso di soggiorno n. (scadenza)
Medico Curante dott. telefono
per un totale di n. ore giornaliere per n. giorni settimanali
nella seguente fascia oraria



DICHIARA che:

1. è residente nel Comune di Barletta ☐ SI ☐ NO
2. percepisce l'indennità di accompagnamento ☐ SI ☐ NO
3. è in possesso della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi della L. 104/92 ☐ SI ☐ NO
4. è in possesso della certificazione di invalidità civile ☐ SI ☐ NO
5. è autosufficiente ☐ SI ☐ NO
6. è beneficiario del buono di servizio ex art. 105 del Reg. reg. 4/2007 ☐ SI ☐ NO
7. accetta la compartecipazione al costo del servizio ☐ SI ☐ NO

Persona di riferimento			
Cognome e nome		relazione	
residente a		in via/piazza	n°
cap.		Telefono	e-mail

Dichiara che tutte le informazioni riportate nel seguente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- ☐ copia di un documento d'identità in corso di validità (del beneficiario e del richiedente)
- ☐ copia della certificazione della disabilità Lg.104/92
- ☐ copia della certificazione di invalidità civile



- ☐ eventuali altri documenti comprovanti la situazione di bisogno e/o ritenuti idonei al fine di esprimere una valutazione sulla reale ed effettiva necessità di un intervento sociale: (specificare)

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali relativi alla presente pratica:

- ☐ propri ☐ della persona per la quale si presenta domanda

FIRMA _____