Al Servizio Sociale

Del Comune di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

OGGETTO: Richiesta di ammissione nel Centro Diurno di Socializzazione per soggetti disabili di Pisticci.

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in Pisticci

Alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CHIEDE

Ai sensi della legge n.162/98 art. 1, l’ammissione nel Centro Diurno di Socializzazione per soggetti disabili situato nel Comune di Pisticci. Nel caso di incapacità ad agire del richiedente si segue l’indirizzo del D.P.R 28.12.2000 n. 445, art. 5, (Dichiarazione e documenti relativi agli incapaci);

pertanto la richiesta formale è inoltrata da:

* Familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Medico di base \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vicino/ Organiz. Di Volontariato /altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documenti da allegare:

1. Certificato di accertamento della condizione di handicap rilasciato ai sensi della legge n. 104/1992.
2. Certificato medico attestante l’immunità da malattie infettive e contagiose, allergie o intolleranze alimentari la cui validità, salvo diversa disposizione, sarà considerata annuale.
3. Certificato medico attestante eventuali terapie farmacologiche in atto.
4. Certificato medico specialistico attestante l’idoneità alla vita di comunità e l’assenza di comportamenti violenti.
5. Attestazione ISEE socio sanitario del beneficiario in corso di validità.
6. Autocertificazione attestante la non fruibilità di altre prestazioni sociali.

Pisticci, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del beneficiario o del richiedente per il beneficiario)