

MODELLO DI PRE-ISCRIZIONE
sperimentazione
CENTRO POLIVALENTE DIURNO
PER DISABILI

Attività diurne 3 volte a settimana: lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9:00 alle 12:00

PARTECIPANTE (PERSONA CON DISABILITÀ):

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____ N. _____
Tel _____

GENITORE/TUTORE LEGALE:

Cognome: _____
Nome: _____
Codice Fiscale _____
Nata a _____ il _____
Residente in _____
Via _____ N. _____
Tel _____

Luogo svolgimento: CORSO MESSAPIA, 167 – 74015 MARTINA FRANCA

SITUAZIONE SANITARIA / CERTIFICAZIONE

- Tipo di disabilità:
- Certificazione L. 104/92: Sì No
- Grado di invalidità (%):
- Presenza di diagnosi DSM / Relazione clinica: Sì No
- Necessità di assistenza sanitaria specifica: Sì No
(specificare):

SITUAZIONE FAMILIARE / SOCIALE

- Nucleo familiare convivente:
 - Condizione abitativa: Proprietà Affitto Altro:
 - Eventuale presa in carico da parte dei servizi sociali: Sì No
(se sì, specificare referente):
-

ATTIVITA' PREVISTE: Formazione e orientamento al lavoro con esperti qualificati nei settori di informatica, turismo, ristorazione, sala.

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA / OBIETTIVI

.....
.....
.....

AUTORIZZAZIONI E CONSENSI

- Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679
Le parti si impegnano altresì al rigoroso rispetto dei principi e dei precetti dei predetti atti normativi con riferimento a qualunque altro dato personale, anche di terzi, raccolto, conservato, comunicato, diffuso o comunque trattato in adempimento o in conseguenza del presente contratto, garantendo in particolare la scrupolosa osservanza delle disposizioni concernenti la sicurezza, il consenso e le informazioni relative all'interessato.
- Acconsento alla trasmissione dei dati ai servizi sociali / sanitari coinvolti
- Autorizzo eventuali colloqui conoscitivi con operatori del Centro
-

ALLEGATI OBBLIGATORI (da consegnare insieme al modulo):

- Copia del documento d'identità
- Copia della certificazione L. 104/92 e/o invalidità civile
- Relazione sanitaria aggiornata (se presente)
- Eventuale documentazione dei servizi sociali

CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE

Il contributo mensile per la partecipazione alle attività del Centro Polivalente Diurno è pari a **€ 250,00**.
Tale quota comprende la frequenza per **tre giornate settimanali (lunedì, mercoledì e venerdì)**, dalle **ore 9:00 alle ore 12:00**, e le attività previste dal programma.

Luogo e Data:

Firma del richiedente o tutore: