

**UPI PER DISABILI
PIANO DI ZONA 2001/2003 3^ ANNUALITA'**

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

Il/la sottoscritt _ _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____ telefono _____
codice fiscale _____

CHIEDE

In qualità di (grado di parentela) _____

L'inserimento presso l'UPI per disabili che sarà attivata presso il Comune di Castellana Sicula di:

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Si allega:

-Certificazione di cui alla legge 104/92 per handicap lieve o medio-grave o certificazione rilasciata dall'U.V.D. dell'ASP;

-Certificazione medica attestante l'idoneità del richiedente all'attività socio-ricreativa offerta dall'UPI;

-Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità – si richiama l'attenzione sulla possibilità prevista dalle norme vigenti di scegliere un nucleo familiare ristretto (richiedente, coniuge e figli), ovvero, per le persone con disabilità maggiorenni non coniugate e senza figli che vivano con i genitori, un nucleo familiare composto dalla sola persona disabile.

Il/la sottoscritt _ dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente domanda potranno essere utilizzati dall'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art.13 del D. L.vo n.196/2003, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e che responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio.

_____, li _____

Il richiedente
