



Modello A

Alla c.a.

**Direttore dell'Azienda Consortile
"Comunità Sensibile"
Piazza Municipio 1 Scafati**

Oggetto: Conferma d'iscrizione al servizio Centro Polifunzionale per diversamente abili

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

C.F. _____ Cittadinanza _____

Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

la conferma dell'iscrizione al **Centro Polifunzionale per diversamente abili** (*barrare una sola casella*)

- Comune di Angri G. Orsini;**
- Comune di Scafati Raggio di Sole;**

a favore di

(*Cognome e nome*) _____ nato a _____

il _____ C.F. _____ Residente in _____

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n.445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018 per il quale esprime il proprio consenso;

DICHIARA

- di essere residente nei Comuni di Angri, Scafati, Sant'Egidio del Monte Albino o Corbara;
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni
- di essere in possesso di certificazione inerente lo stato di disabilità
- di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto

Si allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (*tutore legale*);
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità della persona diversamente abile;
- modello ISEE in corso di validità;
- autocertificazione dello stato di famiglia;
- certificato di disabilità rilasciato da Amministrazione Pubblica
- certificato rilasciato dal medico curante per l'idoneità alla frequenza e allo svolgimento delle attività del centro

Luogo e data

Il Dichiarante
