



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILA SCAFATI

SEDE: Via Leonardo Da Vinci SNC

Angri(SA)

Tel. 08119175396

CENTRO POLIFUNZIONALE PER DIVERSAMENTE ABILI MODULO DI ISCRIZIONE

○

L Sottoscritt_ _____, nat_ a _____,
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____,
tel _____ mail _____

○

In qualità di tutore legale di

_____ nat_a _____,
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____,
tel _____ mail _____

CHIEDE

di poter usufruire dei servizi inerenti i centri polifunzionali per diversamente abili e nello specifico di svolgere le attività presso la struttura di seguito indicata:

- Centro Polifunzionale Raggio di Sole - Scafati;
- Centro Polifunzionale Orsini – Angri;

Si Allega:

- Documento d'identità in corso di validità;
- Certificato ISEE in corso di validità;
- Certificazione sanitaria, rilasciato da Ente Pubblico, attestante lo stato di invalidità;
- Certificato del medico curante attestante l' idoneità a svolgere, in regime di autonomia o semiautonomia, attività ludico ricreative per i servizi di cui trattasi.

Firma