

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL
PROGETTO VITALBA “UN PO’ PER CIASCUNO 2017”**

All’Associazione VITALBA ONLUS
Via Monte Madonna 20 - 00060
FORMELLO

(Da compilare da parte del Genitore/ Tutore del Disabile)

Il/la sottoscritto/a Genitore / Tutore (cognome) (nome)
residente in (Comune) Prov.
Via CAP
tel. cell. fax
e-mail

in qualità di genitore/ tutore di *(indicare le generalità del Disabile):*

COGNOME NOME NATO/A IL.....

RAPPORTO DI PARENTELA

COMUNE DI RESIDENZA

TIPO DI DISABILITA’

GRADO DI AUTONOMIA *(barrare il riquadro corrispondente)* BUONO MEDIO NULLO

AUSILIO DI CARROZZELLA *(barrare il riquadro corrispondente)* SI NO

Viste le caratteristiche del Progetto Vitalba “Un po’ per ciascuno 2017”

Chiede

che la persona disabile sopra indicata possa partecipare a detto Progetto, nella seguente opzione *(Mettere una croce in corrispondenza dell’opzione scelta):*

- 1 SOGGIORNO DI FINE-SETTIMANA
- ASSISTENZA DOMICILIARE PER CIRCA 20 ORE FERIALE DIURNE (o equivalente)

MOTIVO SCELTA ASSISTENZA DOMICILIARE

.....
.....

Dichiara

sotto la propria responsabilità, consapevole che una falsa dichiarazione comporta l’esclusione dal soggiorno e il pagamento delle spese già sostenute dall’Associazione Vitalba, che la stessa persona possiede i seguenti requisiti necessari alla partecipazione:

- Certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Disabilità di tipo psicomotorio e/o sensoriale (non psichiatrico) con diagnosi (aspetti sanitari e comportamentali) compatibile con i criteri dei soggiorni (vita in comune, attività all’aperto , ecc.);
- Residenza in uno dei Comuni del Distretto Sociosanitario RM F4;
- Avere compiuto i 16 anni;
- Essere in regola (come nucleo familiare) con la quota associativa Vitalba per il 2017.

Data :.....

FIRMA DEL GENITORE/ TUTORE