

DOMANDA per la partecipazione ad un centro polivalente per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi nella Regione Calabria, di cui all'Avviso Pubblico prot. n. 19513 del 24/2/2022 e DGR 571/2021.

**Al Comune Capo Ambito di Corigliano-Rossano
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto.....
codice fiscale.....
noto/a a.....il.....
residente a.....via.....
telefono:.....
email:.....

In qualità di:

- ☐ Diretto interessato/persona in situazione di disabilità;
- ☐ Familiare entro il IV grado convivente con il disabile;
- ☐ Tutore/curatore/amministratore di sostegno;

CHIEDE L'ACCESSO AL CENTRO POLIVALENTE

per la frequentazione del centro diurno socio-assistenziale per disabili autorizzato e accreditato provvisoriamente: *Gocce nel deserto*;

per il sig. /la sig.ra.....
nato/a il
residente a.....via.....
telefono:.....
email:.....

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia sottoscritta del documento di riconoscimento del richiedente e, se diverso, anche del beneficiario del servizio;
- certificazione di cui all'art. 3, comma 3, legge 104;
- certificato di malattia che attesti lo stato di disabilità rilasciato da struttura pubblica;

- Attestazione ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità;

Infine, il sottoscritto

In qualità di:

- Diretto interessato/persona in situazione di disabilità;
- Familiare entro il IV grado convivente con il disabile;
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno;

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75, del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

la veridicità di quanto sopra attestato e di quanto allegato.

In fede