

**Assessorato sanità, salute e politiche sociali**

**Struttura disabilità**  
**Loc. Grande Charrière, 40**  
**11020 Saint-Christophe AO**

**Tel. n. 0165/527112 – 7013**  
**Fax n. 0165/527100**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO REGIONALE DI ACCOGLIENZA E**  
**ACCOMPAGNAMENTO RIVOLTO A PERSONE CON DISABILITA' PSICOFISICHE E AI LORO**  
**FAMIGLIARI, DENOMINATO "ORCHIDEA" PROGETTO DELLA COOPERATIVA "BOURGEON DE**  
**VIE" AGGIUDICATARIA DELLA GARA DI APPALTO**

**PERIODO: 1° SETTEMBRE 2013 – 31 DICEMBRE 2014**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Fraz./Loc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ Via/Fraz./Loc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

- Familiare
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno

**OPPURE**

l'Istituzione Scolastica \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

nella persona di \_\_\_\_\_

- insegnante di sostegno
- operatore di sostegno
- accompagnatore

### CHIEDE

l'ammissione al Servizio di accoglienza e accompagnamento rivolto a persone con disabilità psicofisiche e ai loro famigliari,  
denominato "Orchidea"

di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Fraz./Loc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

### INDICARE GIORNO E ORA DI PREFERENZA

Giorno	Orario	Luogo	Note
<input type="checkbox"/> Lunedì	9.30-11.30	Via Roma, n. 83 – DONNAS (AO)	
<input type="checkbox"/> Lunedì	14.30 – 16.30	Loc. Amérique, n. 95 QUART (AO)	
<input type="checkbox"/> Martedì	15.00-17.00	Loc. Amérique, n. 95 – QUART (AO)	
<input type="checkbox"/> Mercoledì	14.30 – 16.30	Loc. Amérique, n. 95 – QUART (AO)	
<input type="checkbox"/> Giovedì	9.30 – 11.30	Via Roma, n. 83 – DONNAS (AO)	
<input type="checkbox"/> Venerdì	9.30 – 11.30	Loc. Amérique, n. 95 – QUART (AO)	

**PUR DANDO ATTO CHE LA DATA E L'ORARIO VERRANNO CONCORDATI CON I RESPONSABILI DELL'ATTIVITA'.**

**Il servizio accogliente si riserva di raccogliere ulteriori informazioni utili alla realizzazione del progetto.**

**DICHIARAZIONE**

Il/ la sottoscritta \_\_\_\_\_

dichiara di essere in possesso dell'attestazione rilasciata ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge nazionale 104/1992, relativa all'accertamento dell'handicap o, per i casi previsti dal comma 3 dell'art. 94 della Legge nazionale n. 289/2002 della dichiarazione di gravità rilasciata dal medico di base.

**OPPURE**

Il/ la sottoscritta \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il sig. \_\_\_\_\_

per il quale si richiede l'ammissione al servizio in oggetto è in possesso dell'attestazione rilasciata ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge nazionale 104/1992, relativa all'accertamento dell'handicap o, per i casi previsti dal comma 3 dell'art. 94 della Legge nazionale n. 289/2002, della dichiarazione di gravità rilasciata dal medico di base.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Tutela della privacy - Avvertenza*

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si informa che l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali utilizzerà i dati personali e quelli sensibili in suo possesso per i fini istituzionali

Servizio diurno  
Orchidea

collegati alla presente domanda e che essi saranno comunicati alla Cooperativa "Bourgeon de Vie – Onlus", con sede in Nus, la quale é autorizzata al trattamento degli stessi.

Per presa visione: firma \_\_\_\_\_

**N.B.:** l'Amministrazione regionale può, ai sensi dell'art. 33 della L.R. 6/8/2007 n. 19, procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONSENSO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003 N. 196**  
**(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

**Il/la sottoscritto/a, informato/a, ai sensi Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196**  
**ACCONSENTE**

**al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, nel rispetto della normativa vigente e per i soli fini applicativi.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Note informative:**

**D.P.R. 445/2000 – Art. 76 – commi 1 e 2 –**

“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso”.

**D.P.R. 445/2000 – Art. 38 – comma 3 –**

“Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica.... Omissis.....”