



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina – Campagna – Contursi Terme – Oliveto Citra – Postiglione – Serre – Sicignano degli Alburni – Provincia di Salerno – A.S.L. Salerno

**All'Ufficio di Piano  
dell'Ambito Sociale S3 (ex S5)  
presso il Servizio Sociale  
del Comune di**

**OGGETTO: Istanza di partecipazione al programma di interventi di fruizione del mare e della montagna da parte di persone con disabilità. III annualità del II PSR.**

Il/La sottoscritto/a:

***RICHIEDENTE***

Cognome: _____	Nome: _____
Nato/a il: _____	a: _____
Comune di residenza: _____	Via: _____ n. ____
Telefono: _____	Fax: _____
e-mail: _____	

*(apporte una crocetta sulla voce che interessa)*

- agendo in nome proprio
- agendo in qualità di GENITORE DEL MINORE / TUTORE / RAPPRESENTANTE della persona sotto indicata:
- agendo in qualità di \_\_\_\_\_ a favore della persona sotto indicata:

1

***BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)***

Cognome: _____	Nome: _____
Nato/a il: _____	a: _____
Comune di residenza: _____	Via: _____ n. ____
Telefono: _____	Fax: _____
e-mail: _____	

**CHIEDE**

di partecipare alla/e attività di fruizione del mare e della montagna di seguito specificate (*scegliere una o più attività*):

- colonia marina;
- colonia montana e parchi naturali.

**DICHIARA**

- di rientrare/che il beneficiario rientra nella seguente tipologia:

- disabilità psichica  disabilità fisica  disabilità sensoriale

- di deambulare/che il beneficiario deambula autonomamente Si  No

- di usare/che il beneficiario usa la carrozzina Si  No  se Si è pieghevole Si  No



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina – Campagna – Contursi Terme – Oliveto Citra – Postiglione – Serre – Sicignano degli Alburni – Provincia di Salerno – A.S.L. Salerno

**A tal fine si allega alla presente richiesta:**

- certificazione ai sensi della Legge n. 104/92, in corso di validità e/o certificato di invalidità (pari o superiore al 70%);
- certificazione del Medico di Medicina Generale attestante la compatibilità della/e specifica/che attività scelta/e con la tipologia di disabilità;
- attestazione ISEE valida o autodichiarazione corredata da DSU;
- copia di idoneo documento di riconoscimento del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario, in corso di validità;
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, si autorizzano i Comuni dell’Ambito Territoriale a trattare i dati personali forniti dalla persona ai soli fini dell’espletamento del procedimento oggetto della presente istanza.

Data, \_\_\_\_\_

2

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_