

**MODULO DI ISCRIZIONE****CENTRO SOCIALE POLIVALENTE PER DIVERSAMENTE ABILI "KAIROS"**

Il/I sottoscritto/i dichiara/ano che tutte le informazioni riportate nel seguente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti. Dichiara, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000, di essere consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ provincia _____ il _____

C.F. _____

residente a _____ in via/piazza _____ n° _____

telefono _____ e-mail _____

in qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Familiare (indicare il grado di parentela)
- ☐ Tutore/amministratore di sostegno
- ☐ Altro (specificare)

CHIEDE

l'iscrizione al CENTRO SOCIALE POLIVALENTE PER DIVERSAMENTE ABILI "KAIROS" in favore di:

nome _____ cognome _____

nato/a _____ provincia _____ il _____

C.F. _____

residente a _____ in via/piazza _____ n° _____

telefono _____ e-mail _____

Sede Legale: Formazione e Servizi Lavoro Via XXV Aprile, 74 - 0881 723085 – Foggia * Sede operativa: Formazione e Servizi Educativi Via Gioberti, 24 - 0881 612614 – Foggia * Sede operativa: Formazione e Servizi Lavoro Via Cavour, 81 - 0881 723085 – Barletta

DICHIARA che:

- è in stato di buona salute per la pratica di attività sportiva non agonistica: ☐ sì ☐ no
- soffre delle seguenti allergie e/o patologie (in caso affermativo è necessario presentare certificato del medico): ☐ sì (specificare sotto) ☐ no
- ha delle intolleranze alimentari o allergie alimentari (in caso affermativo è necessario presentare certificato medico in cui si specifica la dieta alimentare): ☐ sì (specificare sotto)

-
- è in possesso della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi della L. 104/92
 - è in possesso della certificazione di invalidità civile
 - è autosufficiente
 - è beneficiario del buono di servizio ex art. 105 del Reg. reg. 4/2007 ☐ sì ☐ no
 - accetta la compartecipazione al costo del servizio proposto da Regione Puglia (in caso di voucher)

Allega alla presente la seguente documentazione:

copia di un documento d'identità in corso di validità (del beneficiario e del richiedente)

copia della certificazione della disabilità Lg.104/92

copia della certificazione di invalidità civile

eventuali altri documenti comprovanti la situazione di bisogno e/o ritenuti idonei al fine di esprimere una valutazione sulla reale ed effettiva necessità di un intervento sociale:

(specificare) _____

Data _____

FIRMA _____

FIRMA GENITORI _____

Dichiara di essere consapevole , ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, che le seguenti informazioni riguardanti dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa e che l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, facendo ricorso al Titolare del trattamento: ENAC PUGLIA ETS.

Per ottenere **maggiori informazioni** sul trattamento dei dati personali operato da ENAC PUGLIA ETS legga l'informativa completa che può trovare:

-sul nostro sito www.enacpuglia.org

- richiedendone copia via email a info@enacpuglia.org.

FIRMA _____
