



 **DISTRETTO SOCIO SANITARIO “D38”**

Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari

 COMUNE DI PRIZZI

 Città Metropolitana di Palermo

C.so Umberto I TEL.0918344611 FAX 0918344630

 [www.comune.prizzi.pa.it](http://www.comune.prizzi.pa.it)
PEC: comunediprizzi.protocollo@certificata.com

OGGETTO: Progetto PNRR Missione 5 Componente 3 Investimento 1.1.1 - Servizi e Infrastrutture Sociali Di Comunità - Istituzione di un servizio di etnopsichiatria ed azioni a supporto rivolto in particolare ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne, bambini), centro disabili diurno, Infermiere di Comunità e servizio di assistenza domiciliare socio-sanitaria – Azione 7. Centro diurno disabili - **ISTANZA**.

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

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

* Per se stesso

Oppure in qualità di:

* Genitore
* Tutore
* Amministratore di sostegno
* Curatore
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere inserito presso il Centro diurno disabili di cui in oggetto e secondo i giorni e gli orari stabiliti dal piano individualizzato redatto dall’ufficio servizi sociali del proprio comune di residenza e dall’equipe del centro diurno.

Inoltre, si chiede/non si chiede di usufruire del servizio di trasporto/accompagnamento.

Ai fini della presente istanza si allega:

* Copia del verbale della legge 104/92, in corso di validità;
* Certificato anamnestico rilasciato dal medico di base o specialista che ha in carico l’utente;
* Certificazione del medico curante riportante eventuali prescrizioni farmacologiche con indicazione dei dosaggi e dei tempi di somministrazione;
* Copia documenti di identità e codice fiscale del richiedente e/o del disabile;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/la richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del DLGs n. 196/03, autorizza la raccolta e il trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_