

AL COMUNE DI _____
AL COMUNE DI LOCRI
COMUNE CAPOFILA DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE DI LOCRI
Pec atlocri@asmepec.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per l'accesso alle attività del progetto dal titolo "CRESCERE INSIEME AL CENTRO: Un viaggio inclusivo tra Bambini, DSA e Famiglie" approvato dalla Regione Calabria con D.D.S n. 20218 del 27/12/2023 - Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità di cui alla DGR n.161 del 13 aprile 2023 in attuazione del D.P.C.M. del 29 luglio 2022-CUP F19I24000040001

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, C.F. _____
residente a _____ in piazza/via _____ n. _____
tel./cell. _____, e-mail _____;

con la presente in qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

- Diretto interessato;**
 Familiare *(indicare il grado di parentela):* _____
 Tutore/Amministratore di sostegno
 Altro *(specificare)* _____
di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome _____ Nome _____
C.F. _____ nato/a a _____
prov. _____ sesso (M o F) il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____
tel./cell. _____ e-mail _____;

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALL'INSERIMENTO NELLE SEGUENTI ATTIVITÀ¹:

¹ Si precisa che in questa prima fase gli interessati potranno indicare una o più attività preferenziali; resta inteso che l'inserimento definitivo all'interno delle singole attività sarà stabilito in seguito alla valutazione in sede di UVM unitamente all'équipe professionale dell'Ente attuatore del servizio.

A seguito di tale valutazione sarà predisposto un progetto personalizzato per ciascun beneficiario.

- **A cura dell'Associazione OdV denominata ISTITUTO PER LA FAMIGLIA ONLUS SEZIONE 174 con sede legale in FERRUZZANO (RC) in Viale G. Matteotti snc, C.F./P.I.: 90018720806**

- **A cura della Cooperativa Sociale Vitasì Impresa Sociale, con sede legale in BAGNARA CALABRA (RC) via RIONE CACILÌ N. 13 C.F./P.I.: 02389830809**

(barrare una o più scelte preferenziali delle tre linee di intervento):

- LINEA B: progetti volti a sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI.*

- LINEA D: progetti per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) l'inclusione.*

- LINEA F: interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico*

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. Copia Verbale di Invalidità rilasciato dall'Inps territorialmente competente con indicazione della diagnosi;
2. Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;
3. Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;
4. Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;
5. Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza
6. Se in possesso, recente valutazione dell'UVM.

Si fa presente, di essere disponibile a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Distinti saluti.

_____ li

Firma del richiedente

(per esteso e leggibile)