

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_  
AL COMUNE DI LOCRI  
COMUNE CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE DI LOCRI  
Pec [atlocri@asmepec.it](mailto: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 ATTIVITÀ<sup>1</sup>:**

<sup>1</sup> 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)