

**UPI PER DISABILI  
PIANO DI ZONA 2013/2015 1^ ANNUALITA'**

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

In qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_

L'inserimento presso l'UPI per disabili che sarà attivata presso il Comune di Castellana Sicula di:

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Si allega:

-Certificazione di cui alla legge 104/92 per handicap lieve o medio-grave o certificazione rilasciata dall'U.V.D. dell'ASP;

-Certificazione medica attestante l'idoneità del richiedente all'attività socio-ricreativa offerta dall'UPI;

-Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità – si richiama l'attenzione sulla possibilità prevista dalle norme vigenti di scegliere un nucleo familiare ristretto (richiedente, coniuge e figli), ovvero, per le persone con disabilità maggiorenni non coniugate e senza figli che vivano con i genitori, un nucleo familiare composto dalla sola persona disabile.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente domanda potranno essere utilizzati dall'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art.13 del D. L.vo n.196/2003, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e che responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_