



All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di

- ACCETTURA
- ALIANO
- CIRIGLIANO
- GORGOGLIONE
- SAN MAURO FORTE
- STIGLIANO

**“AVVISO PUBBLICO ISCRIZIONE CENTRO DIURNO DI STIGLIANO”  
DOMANDA DI ACCESSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_  
alla Via/Vico/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di INTERESSATO / TUTORE / DELEGATO

**Per conto di  
(eventualmente)**

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_  
alla Via/Vico/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter accedere al CENTRO DIURNO DI STIGLIANO secondo quanto previsto dall'Avviso Pubblico.

Ai sensi dell'articolo 3 dell'Avviso pubblico allego la seguente documentazione:

- Certificato di accertamento della condizione di handicap rilasciato ai sensi della legge n. 104/1992;



- Certificato medico attestante l'immunità da malattie infettive e contagiose, allergie o intolleranze alimentari la cui validità, salvo diversa disposizione, sarà considerata annualmente;
- Certificato medico attestante eventuali terapie farmacologiche in atto e la certificazione della terapia (in caso di terapia farmacologica psichiatrica, è necessario allegare relativa certificazione specialistica che attesti che il paziente risulta compensato);
- Certificato medico specialistico attestante l'idoneità alla vita di comunità e l'assenza di comportamenti violenti;
- Attestazione ISEE socio sanitario del beneficiario in corso di validità;
- Autocertificazione relativa all'eventuale fruizione di altre prestazioni sociali;

Li \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

IN FEDE

---

(firma interessato o del richiedente)