

AMBITO TERRITORIALE DI GAGLIANO DEL CAPO

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 - Tel-fax 0833/798311-548575

e-mail: ambitosociale.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

COMUNI DI: GAGLIANO DEL CAPO (Capofila) ACQUARICA, ALESSANO, CASTRIGNANO DEL CAPO, CORSANO, MIGLIANO, MONTESANO SALENTINO, MORCIANO DI LEUCA, PATU', PRESICCE, SALVE, SPECCHIA, TIGGIANO, TRICASE, UGENTO, A.S.L. LE - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GAGLIANO DEL CAPO

UFFICIO DI PIANO

**ALL'AMBITO TERRITORIALE
DI GAGLIANO DEL CAPO**

TRAMITE IL COMUNE di _____

Il sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____ e residente nel Comune di _____
alla via _____ n. _____, tel. n _____,
Cellulare _____

In qualità di parente o affine (specificare) _____ di _____ nat_ _____
il _____ a _____ e residente nel Comune di _____,
alla via _____ n. _____, tel. n _____,
Cellulare _____

CHIEDE

- Di essere ammesso alla manifestazione presso SS. PP. L.N.I. di _____
- Di essere ammesso in qualità di accompagnatore del beneficiario alla manifestazione presso SS. PP. L.N.I. di _____

DICHIARA

- Di essere ovvero che il destinatario è invalido nella misura del _____;
- che il destinatario è minore;
- Di necessitare ovvero che il destinatario necessita dell'ausilio di carrozzina per la mobilità.

AUTORIZZA

Il Servizio Sociale del Comune di _____ e l'Ambito Territoriale di Gagliano del Capo
al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura delle manifestazioni sociali in
oggetto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Luogo e data)

(Firma)

Si allega:

- Copia della carta d'identità del beneficiario e/o dell'accompagnatore.