

SPETT. LE AIPES  
Via G. D'Annunzio n.17  
03039 SORA FR

**OGGETTO:** Centri diurni per disabili di Alvito, Arpino e Sora.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ in nome e per conto proprio ovvero in qualità di

Genitore/tutore di \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

l'ammissione al centro Diurno di:

- Alvito "l'Aquilone";**
- Arpino "Percorsi";**
- Sora "La Casa del Sorriso".**

per il proprio familiare

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

A tal proposito

### **DICHIARA**

- che indipendentemente dall'ammontare della retta che dovrà corrispondere in base al reddito ISEE entro i 30 giorni successivi all'inserimento, di impegnarsi a versare all'AIPES annualmente 10,00 Euro come tassa di fruizione del Servizio;

- di autorizzare ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento ed alla pubblicazione di immagini che ritraggono il proprio familiare impegnato in attività del centro.

**ALLEGATI:**

- a) Copia della Certificazione rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della legge n. 104/92;
- b) Verbale di invalidità con diagnosi funzionale;
- c) Certificazione ISEE in corso di validità, rilasciata da soggetto abilitato;
- d) Stato di famiglia o autocertificazione del richiedente;
- e) Fotocopia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

FIRMA

\_\_\_\_\_