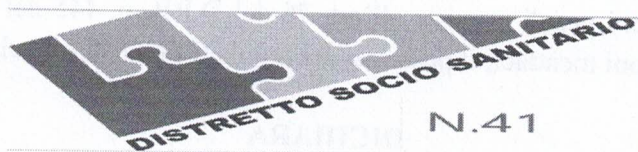


(Allegato A)



COMUNE CAPOFILA PARTINICO
Città Metropolitana di Palermo



SPETT.LE COMUNE
DI _____

Domanda di Partecipazione

OGGETTO: Richiesta di partecipazione alle attività previste dall'Azione 5 "*Presi per mano: a chi non deve mai sentirsi solo*" dei PdZ 2018/19, 2019/20 (I annualità) e dall'Azione 6 "*Presi per mano: a chi non deve mai sentirsi solo*" del PdZ 2021

Il/La sottoscritto (nome e cognome) _____,

nato a _____ Prov. (____) il ____/____/____ residente nel Comune di

_____ Prov. (____), in Via _____

n_____, CAP _____ Tel. _____,

Codice Fiscale _____

in qualità di:

(marcare solo una alternativa)

☐ **Diretto interessato**

☐ **Genitore** (eventuale specifica se: tutore/curatore/amministratore di sostegno): _____

☐ **Tutore/curatore/amministratore di sostegno**

(da compilare solo se diverso dal diretto interessato)

Del/della Sig./Sig.ra (nome e cognome) _____

nato a nato a _____ Prov. (____) il ____/____/____ residente nel Comune

di _____ Prov. (____), in Via _____

n_____, CAP _____ Tel. _____,

Codice Fiscale _____

Chiede

Di essere ammesso alla partecipazione delle attività previste dall'azione "*Presi per mano: a chi non deve mai sentirsi solo*", di cui in oggetto.

Consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, il possesso dei requisiti richiesti dal relativo Avviso Pubblico:

DICHIARA

(da marcare con una X)

- Di essere residente in uno dei Comuni del DS41: Comune di: _____;
- Di essere in carico in carico al Centro di Salute Mentale MD 9 da almeno 12 mesi; oppure:
- Di essere un/a giovane agli esordi della malattia psichiatrica, sempre su valutazione del CSM;
- Di Essere fruitore di analoghi interventi e prestazioni sociali (specificare quali):

- Di NON essere fruitore di analoghi interventi e prestazioni sociali finanziate dal Distretto Socio Sanitario n.41

Allega alla presente:

- Documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e/o (se il dichiarante è diverso dal beneficiario) del familiare, o del tutore, o del curatore o dell'amministratore di sostegno, della persona con problemi di salute mentale, disagio o disabilità psichica, intellettiva, relazionale per cui è stata presentata la domanda;
- Solo se presente, idonea certificazione aggiornata attestante: diagnosi di psicosi, o di disturbi dello spettro autistico, e/o con doppia diagnosi (disturbi psichici e dipendenze patologiche).

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a e consapevole che, ai sensi del D. Lgs. n. 101/2018 ed ai sensi e per effetto del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, il Comune di residenza è autorizzato al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e che essi saranno utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse alla gestione della procedura in oggetto.

Luogo e Data _____

Firma
