



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
Città Metropolitana di Messina
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

(Patti - Brolo - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - San Piero Patti)

AVVISO PUBBLICO

Presentazione istanza per la partecipazione al progetto denominato "Centro Diurno per persone con disabilità intellettiva e relazionale " Impara un'arte o mestiere".

Il PdZ 2013/2015 per terza annualità ed l'Integrazione dell'AOD N. 1 del D30, prevede un Progetto, rivolto a persone con disabilità intellettiva e relazionale, mediante la realizzazione di laboratori, che saranno realizzati nei locali della struttura individuata, tramite l'ausilio di un maestro d'arte, per potenziare le abilità manuali, al fine di imparare un'arte o un mestiere che permetta un'integrazione sociale. Tale progetto sarà svolto tre giorni la settimana E potranno essere inseriti un numero massimo di 15 utenti.

SI RENDE NOTO PERTANTO CHE

Possono presentare istanza gli utenti interessati al progetto, appartenenti al Distretto Socio Sanitario D30 -AOD N. 1, presso gli Uffici dei Servizi Sociali del proprio Comune di residenza sul modello di domanda predisposto **entro il 28/02/2020** allegando i seguenti documenti:

- attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità;
- documentazione relativa alla condizione di disabilità.

In caso della presentazione di un numero superiore di domande verrà stilata apposita graduatoria in base al reddito percepito di cui all'attestazione ISEE.

Per informazioni rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di Patti, Capofila dell'AOD N. 1 o dei singoli Comuni appartenenti al Distretto.

Per il Comune di Patti Capofila D30-Telefono 0941/647320-321-314.

E-mail servizisociali@comune.patti.me.it

Dalla Residenza Municipale lì,

Il Coordinatore Gruppo Piano D30
Dott.ssa Marcella Gregorio



Il Presidente dell'AOD n.1
Avv. G. Mauro Aquino

Oggetto: Richiesta di partecipazione attività “Centro Diurno per persone con disabilità intellettiva e relazionale “ Impara un’arte o mestiere”. L. 328/00 - PdZ 2013-2015 Terza Annualità ed Integrazione - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario n. 30.

All’Ufficio dei Servizi Sociali AOD n. 1

Comune di _____

SEDE

Il/la sottoscritt _____ Cognome _____ Nome _____

In qualità di _____ Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____

C H I E D E

Che il proprio figlio/a possa frequentare il “Centro Diurno per persone con disabilità intellettiva e relazionale “Impara un’arte o mestiere” nei Comuni dell’AOD N. 1 del Distretto Socio Sanitario N. 30 - PdZ 2013-2015 Terza Annualità ed Integrazione.

A tale fine si allega la documentazione relativa alla condizione di disabilità.

Modello ISEE in corso di validità

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali e succ.m.i.

Patti, lì

FIRMA