

Modulo di Segnalazione di partecipazione

All. 2)

Al fine di poter programmare gli interventi di promozione dell'autonomia personale (integrazione sociale, attività ricreative e di tempo libero) per favorire esperienze di autonomia e di vita indipendente, per l'assegnazione di personale di assistenza, vi chiediamo gentilmente di far pervenire il presente modulo.

Queste informazioni, indicative, sono fondamentali per la definizione e la programmazione delle risorse attivabili.

Destinatario dell'intervento

Nome e cognome del minore

.....

Nato a il residente a

In via tel.

La persona è in possesso del riconoscimento dello stato di Handicap ai sensi della Legge 104/92 SI NO

art.3 comma 1 (Handicap Semplice) art. 3 comma 3 (Handicap Grave)

Il minore è/sarà iscritto:

Centro Estivo

Recapito/mail/del responsabile del Centro Estivo

Settimane richieste mettere un crocetta nelle settimane richieste

25/06-29/06	02/07-06/07	09/07-13/07	16/07-20/07	23/07-27/07	30/07-03/08

dalle ore alle ore

a. Il minore utilizza il servizio mensa SI NO

b. Il minore ha la necessità di assumere farmaci salvavita: SI (allegare documentazione) NO

Altro periodo:

(indicare le settimane non comprese sopra e comunque sulla base della disponibilità degli operatori, sempre nel numero di 4 settimane)

Note

.....

.....

Si ringrazia per la collaborazione

Nominativo e qualifica del compilatore

mail.....

Telefono

Data

Firma