

All. A)

Al Presidente dell'Unione Montana del Catria e Nerone
Via Lapis, 8 - 61043 Cagli (PU)
Ufficio Protocollo

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CENTRO SOCIO-EDUCATIVO
RIABILITATIVO (C.S.E.R.) "L'ALBERO DELLE STORIE" – CAGLI**

L'ammissione sarà valutata ai sensi del Regolamento per il funzionamento del C.S.E.R. "L'Albero delle Storie", approvato con Delibera del Consiglio dell'Unione Montana del Catria e Nerone n. 39 del 29/12/2023.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Provincia (_____)
via _____ n. _____
tel. _____
C.F. _____
in qualità di:
☐ familiare
☐ amministratore di sostegno / tutore / curatore
☐ diretto interessato

CHIEDE

☐ per me medesimo/a
☐ per il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Provincia (_____)
Via _____ n. _____
C.F. _____

l'ammissione presso il **Centro Socio Educativo Riabilitativo (C.S.E.R.) "L'Albero delle Storie" di Cagli**, ai sensi del Regolamento per il funzionamento del servizio.

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci:

1. di essere a conoscenza delle finalità, dell'organizzazione e delle modalità di funzionamento del C.S.E.R. "L'Albero delle Storie" e di **accettarne integralmente il Regolamento**, nonché quanto previsto dagli atti istitutivi del servizio e successive modifiche e integrazioni;
2. che la persona per la quale si richiede l'ammissione è in possesso dei requisiti previsti dagli artt. 11 e 12 del Regolamento;
3. di impegnarsi a garantire, compatibilmente con il progetto educativo individualizzato (PEI), una **frequenza continuativa** al Centro.

ALLEGA

la seguente documentazione:

1. attestazione di handicap ai sensi della L. 104/1992;
 2. valutazione multidimensionale rilasciata dalla competente UMEA dell'AST Pesaro Urbino;
- OPPURE**
- per soggetti provenienti dal percorso scolastico: diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale e progetto educativo individualizzato (PEI) rilasciati dall'UMEE;
3. copia dei documenti di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., disponibile presso l'Ente e sul sito istituzionale, nonché dell'informativa di cui all'art. 27 del Regolamento per il funzionamento del Centro Socio-Educativo Riabilitativo "L'Albero delle Storie", approvato con Delibera del Consiglio dell'Unione Montana del Catria e Nerone n. 39 del 29/12/2023.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____