ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE DI FLORIDIA

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI IPPOTERAPIA PER MINORI E ADULTI

Il/la sottoscritto/a _____nato/a _____

il __/__/____ e residente a_____ in _____ n. _____

Cod.Fiscale _____ tel. _____

Cellulare _____e-mail _____

CHIEDE

Che _____ (nome e cognome del Beneficiario)

nato/a a _____ il _____ e residente in Floridia

in _____ n. _____

venga inserito nel progetto di ippoterapia

Si allega:

☐ documentazione sanitaria attestante la disabilità ai sensi della legge 104/1992;

☐ attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;

☐ certificazione del medico curante attestante l'idoneità a partecipare al progetto di ippoterapia;

☐ copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

☐ copia del documento di identità del beneficiario;

Luogo e data _____

Il richiedente

_____

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

Luogo e data _____

Firma

_____