

Progetto
SI PUÒ FARE

Scheda di richiesta di partecipazione al Progetto “Si può Fare”

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
residente a _____ in Via/Piazza/Corso _____
CF: _____
Cell. _____ Tel. _____ mail: _____

CHIEDE

Di partecipare alla selezione del progetto SI PUO' FARE finanziato in base all'Avviso Pubblico per l'acquisizione di domande da parte di Enti del terzo settore interessati alla realizzazione di interventi diretti alle persone con disturbo autistico. CUP: G44H24000460001.

Il sottoscritto dichiara di:

- a. Avere una età fra i 18 ed i 29 anni;
- b. Essere Residente nella Provincia di Potenza;
- c. Essere in possesso della Cittadinanza italiana;
- d. Essere in possesso del riconoscimento della disabilità rilasciata dall'apposita commissione medica, ai sensi della legge 104/92;
- e. Essere in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile, rilasciata dalla apposita commissione medica.
- f. Essere consapevole che l'effettiva adesione al progetto è subordinata alla valutazione dell'equipe multidisciplinare.

Tutte le informazioni sono trattate in base alla vigente normativa in materia di privacy.

Lì, _____

Firma
