

OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2024" - PROGETTO

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

C.F. _____ COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELLULARE _____ E-MAIL _____

RAPPRESENTANTE LEGALE SI NO TIPOLOGIA E NOMINATIVO _____

REQUISITO DI ACCESSO AL PROGETTO:

- Legge 104/92 art. 3;
- essere affetti da disabilità mentale/intellettiva in carico ai servizi sociali o sociosanitari;
- essere in carico al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze o ad altro Servizio sanitario.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

Tipologia servizio	Cooperativa scelta	Budget mensile	Ore mensili

DATA ATTIVAZIONE: _____

DURATA PROGETTO (in mesi): _____

Luogo e data _____

Firma operatore

Firma beneficiario

Firma rappresentante legale

N.B. Trasmettere la presente proposta progettuale agli indirizzi degli operatori referenti per il procedimento, indicati in intestazione; sarà inoltre necessario inviare breve nota di trasmissione al protocollo del Comune di Oristano (ALLEGATO D).