



UFFICIO DI PIANO

PLUS 2021

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI GUSPINI



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

MODULO DI DOMANDA " INCLUDIS 2021"

Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità "

I

ALLEGATO 1

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a.....
in qualità di..... del/della Sig./Sig.ra.....
nat.....a.....il...../...../.....
e residente a in Via.....
Recapito telefonico del familiare di riferimento
E-mail del familiare di riferimento.....

DICHIARA

che il/la Signor/Signora:

Rientra in una delle seguenti condizioni

- ☐ è affetto da disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
- ☐ disabilità mentale/intellettuale e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari.
- ☐ disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.

CHIEDE

Accesso al Programma "Includis 2021".

Allega a tal fine:

- ☐ Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104;

Data _____

Firma _____

C_I428 - SARDARA01 - 1 - 2021-12-14 - 0011716

c_e270 - COMUNE DI GUSPINI - Prot. n. 0033036 del 14-12-2021 - partenza