



Alla Parrocchia Maria SS. del Carmine

Castellammare di Stabia

DOMANDA DI ADESIONE AL PROGETTO “SULLA STESSA ONDA”
(rivolto alle persone con disturbo dello spettro autistico)

DATI DEL RICHIEDENTE

(Il richiedente è il genitore, il tutore o altra figura legalmente responsabile)

Cognome: _____ **Nome** _____

nato/a a: _____ **il:** ___ / ___ / _____

residente in: _____ **alla Via** _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

In qualità di (barrare una sola opzione):

Genitore Tutore Altro (specificare): _____

CHIEDE

L'ammissione al progetto “**Sulla Stessa Onda**”, promosso dalla Parrocchia Maria SS. del Carmine – Ramo ETS, in partenariato con soggetti istituzionali e del Terzo Settore, finanziato dalla Regione Campania, destinato a persone con disturbo dello spettro autistico

per il seguente UTENTE (beneficiario del progetto)

Cognome: _____ **Nome** _____

nato/a a: _____ **il:** ___ / ___ / _____

residente in: _____ alla Via _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

- Et : _____ anni

L'utente ha la seguente diagnosi (barrare una sola opzione):

- Disturbo dello Spettro Autistico – Funzionamento medio
- Disturbo dello Spettro Autistico – Funzionamento medio-alto
- Altro disturbo dello spettro autistico (specificare): _____

L'utente   attualmente seguito da(barrare una o pi  opzioni):

- Servizio Sanitario Nazionale ;
- Servizi Sociali del Comune di Castellammare
- Nessuno dei precedenti

L'utente   residente nel Comune di Castellammare di Stabia:

- SI
- NO

SCELTA DEL LABORATORIO FORMATIVO

**L'utente richiede la partecipazione al seguente laboratorio formativo:
(Barrare una o pi  opzioni)**

- Laboratorio "Pane e Pizza"
- Laboratorio "Pasticceria e Cioccolata"
- Laboratorio "Avvio all'Accoglienza Turistica"
- Tutti i laboratori sopra indicati

Note riguardanti l'utente (descrizione analitica):

DICHIARAZIONI FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di:

- Essere consapevole che la presente istanza **non garantisce l'ammissione automatica** al progetto;
- Accettare che l'accesso sia subordinato a **valutazione multidisciplinare** da parte dell'équipe di progetto;
- Essere stato/a informato/a sulle **finalità e modalità del progetto**;
- Autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)** per le finalità connesse alla gestione del presente procedimento.
- essere consapevole/che in fase di valutazione degli elementi (sociali/Sanitari/inclusivi) verranno somministrati questionari valutativi dall' Equipe di progetto, con lo scopo di attribuzioni di punteggi per l'inserimento negli interventi di che trattasi.

Allegati obbligatori:

- Documento di identità del dichiarante (in corso di validità);
- Documento d'identità del richiedente(in corso di validità)/codice fiscale;
- Certificazione clinica rilasciata da struttura pubblica o accreditata attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Eventuale relazione sanitaria o educativa utile alla valutazione (facoltativa)

Data _____

Firma _____