# Al Municipio Roma III Ufficio Assistenza Disabili

DOMANDA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA PRESSO I CENTRI ESTIVI ORGANIZZATI NEL TERRITORIO DEL MUNICIPIO III

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME: ………………………………………………………………………………………………………………….NOME:………………………………………………………………………

NATO/A A …………………………………………………………………………………………………………………….(PROV………… ) IL............................................................

RESIDENTE IN ROMA VIA/PIAZZA ………………………....................................................................N°….................CAP………………………………………………

TEL..………………………………………………………………E-MAIL………...…………………………………………………………………………………………………………………………..

IN QUALITÀ DI: □ GENITORE □ TUTORE □ ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

CHIEDE L’ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA PRESSO IL CENTRO ESTIVO ORGANIZZATO NEL TERRITORIO DEL MUNICIPIO III

□ DENOMINATO ……………………………………………………………………………………………………………………… □ DA INDIVIDUARE

## A FAVORE DI

**COGNOME:** ……………………………………………………………………..**NOME**:……………………………………………………………………………………………………………………..

DATA DI NASCITA: ……………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

RICONOSCIMENTO LG 104/92: SI NO

RIFERIMENTO FAMILIARE…………….………………………………………………………………RECAPITI TELEFONICI…………………………………………………………………….

EMAIL…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

## INDICARE LA SETTIMANA RICHIESTA

* DAL 24 GIUGNO 2024
* DAL 01 LUGLIO 2024
* DAL 08 LUGLIO 2024
* DAL 15 LUGLIO 2024
* DAL 22 LUGLIO 2024
* DAL 29 LUGLIO 2024
* DAL 5 AGOSTO 2024
* DAL 19 AGOSTO 2024
* DAL 26 AGOSTO 2024
* DAL 2 SETTEMBRE 2024

**INDICARE LE GIORNATE RICHIESTE**

LUNEDI’ MARTEDI’ MERCOLEDI’ GIOVEDI’ VENERDI’

**INDICARE LA FASCIA ORARIA RICHIESTA**

ANTIMERIDIANA POMERIDIANA 3 ORE GIORNALIERE 6 ORE GIORNALIERE

qualora fosse necessario è possibile organizzare in accordo con l’ente scelto, le giornate e le ore previste (max 30 ore per ciascun minore) su 1 o 2 settimane.

## SCEGLIE

tra gli organismi accreditati nel Registro Municipale per l’Area Diversamente abili con Determinazione Dirigenziale n. CD/828 del 24/03/2023, per realizzare il piano di intervento di Assistenza Domiciliare diversamente abili, il seguente ente:

|  |  |
| --- | --- |
|  | COTRAD COOP. SOCIALE A.R.L |
|  | EUREKA I COOP. SOCIALE ONLUS |
|  | F.A.I. FAMIGLIA ANZIANI INFANZIA SOC. COOP. A MUTUALITA’ PREVALENTE |
|  | AREA SOCIALE SOC. COOP. SOCIALE |
|  | HARMONIA SOC. COOPERATIVA |
|  | IDEA PRISMA 82 COOP. SOCIALE |
|  | IL BRUTTO ANATROCCOLO COOP. SOCIALE |
|  | LE MILLE E UNA NOTTE COOP. SOCIALE A.R.L. ONLUS |
|  | NOINSIEME COOP. SOCIALE |
|  | NUOVA SAIR SOC. COOPERATIVA A.R.L.. |
|  | PRASSI E RICERCA COOP. SOCIALE |
|  | PROGETTO SALUTE SOC. COOPERATIVA SOCIALE A.R.L |
|  | SAN SATURNINO SOC. COOPERATIVA ONLUS |
|  | SPES CONTRA SPEM COOP. SOCIALE ONLUS |

## (individuare almeno 3 organismi, indicando la priorità da 1 a 3)

DATA,

FIRMA

Esercente La Responsabilità Genitoriale