

All'Ambito Sociale Territoriale di Zona  
GALLIPOLI

Oggetto: Centro Diurno Disabili Art. 60 Reg. R. n.4/2007. Richiesta contributo sulla retta.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, e residente a  
\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra  
\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_, e residente a

\_\_\_\_\_ in

via/piazza/vico \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

La contribuzione alla quota sociale della retta per la frequenza al "Centro

Diurno Disabili ex Art. 60 R.R. 04/2007"

denominato \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Iscritto nel Catalogo Regionale

Si allega la documentazione richiesta e secondo i modelli forniti.

## DICHIARA

Di essere a conoscenza che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Firma del beneficiario o del familiare

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Autorizza l'Ambito Sociale di Gallipoli al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di accesso al Centro Diurno Disabili ex Art. 60 R.R. 04/2007", ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_