**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 29****L. 8.11.2000 n. 328**

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettineo, S. Stefano di Camastra, Tusa e Reitano)

Comune di _____

**IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
RENDE NOTO**

Che nel Piano di Zona del Distretto D29, nell'Area Disabilità - , è previsto un progetto di riabilitazione per diversamente abili denominato "VOI CON ME " consistente nell'attivazione di due laboratori ricreativi - riabilitativi da tenersi 2 giorni alla settimana per sei mesi all'anno e 1 giorno alla settimana per 5 mesi all'anno presso i Comuni di Tusa e Pettineo ;

Il progetto comprende anche l'accompagnamento dei disabili , con mezzi e personale idoneo

Il progetto è rivolto a circa 30 diversamente abili.

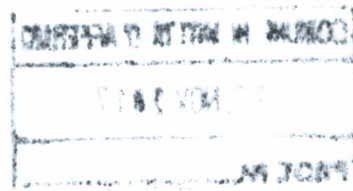
Il centro di Tusa accoglierà 18 adulti, mentre il Centro di Pettineo accoglierà 12 ragazzi in età scolare.

Gli interessati, i tutori o chi esercita la patria potestà possono presentare istanza utilizzando l'apposito stampato in distribuzione presso l'Ufficio dei servizi sociali del Comune di appartenenza entro il **30 novembre 2017**.

All'istanza dovrà essere allegata certificazione medica attestante la tipologia dell'handicap posseduto.

Mistretta, lì 16/11/2017

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci****(Avv. Liborio Porraeciolo)**



AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____, Via _____, n. _____
in qualità di disabile
o/vero
di congiunto (specificare) del disabile _____, nato a _____
e residente in _____ Via _____
tel. cell. _____ fisso _____

CHIEDE

Di partecipare

o/vero

che il sopra indicato _____ possa partecipare

al progetto " VOI CON ME " consistente in un laboratorio ricreativo – riabilitativo

che si terrà presso il Comune di

- USA
- PETTINEO

Il sottoscritto genitore, o esercente la potestà genitoriale, del minore iscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara che il minore sopra indicato ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie

Si allega certificato medico attestante la tipologia dell'handicap posseduto.

L. _____

(firma del disabile o del congiunto richiedente)