



Associazione Loïc Francis – Lee

per la Pedagogia curativa e la Socioterapia steineriana

ONLUS – Associazione iscritta all'Albo regionale del volontariato

**AL CONSIGLIO di AMMINISTRAZIONE
DELL'ASSOCIAZIONE LOIC FRANCIS-LEE
SEDE**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NEI CENTRI DI RIABILITAZIONE DELLA ASSOCIAZIONE
LOIC FRANCIS-LEE**

AREA ANAGRAFICA

Il sottoscritto:

Cognome

Nome

Sesso: maschio femmina

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice fiscalerecapito telefonico.....

Luogo di residenza

Indirizzo

Municipioindirizzo mail.....

Chiede l'inserimento:

Centro di riabilitazione semiresidenziale accreditato "Casa Loic", Capena

Laboratorio artigianale di Terapia Occupazionale, Via Curiel 22, Capena

Casa Famiglia, Capena



AREA CLINICA

- Valutazione: effettuata → presso questo centro presso altro centro non effettuata
- Diagnosi 1
- 2
- 3

AREA SOCIO-ASSISTENZIALE

- ASL appartenenza
- Municipio Residenza
- Scuola e classe frequentati
- Trattamenti effettuati
- Trattamento richiesto Inviante
- Inserimenti attuali
- Assistenza Domiciliare SI NO Ore settimanali _____
- Invalidità Civile % legge 104/92 legge 68/99 Rilasciata dalla ASL in data

SITUAZIONE ECONOMICA:

- Assegno/pensione invalidità civile: SI NO
- Indennità di Accompagnamento: SI NO
- Pensione di Reversibilità: SI NO
- Presa in carico per assegni familiari SI NO
- Esenzioni SI NO
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) €: _____
- SCADENZA



AREA TUTELE

- Persona con Amministratore di Sostegno SI NO
- Nominativo e riferimenti _____
- Persona Interdetta/inabilitata: SI NO
- Persona con Tutore/Curatore : SI NO
- Nominativo e riferimenti _____

La richiesta è presentata da

Cognome Nome

Grado di parentela telefono

Data

Firma

A tal fine dichiara

1. di avere preso visione dello Statuto presente sul sito www.associazioneloic.org , di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.
2. di esonerare l'Associazione da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Data

Firma

INFORMATIVA AI SENSI e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi dell'art. 13-14, Reg UE 2016/679 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui sopra.

SI NO

Data

Firma