

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER AFFIDO ADULTI CON DISAGIO MENTALE

Al Responsabile
Ufficio di Piano
Per il tramite del Comune di

La/il sig. _____, in qualità di (specificare
se nucleo familiare, associazione, cooperativa sociale, oratorio) _____
nato a _____ (Prov.____) il _____ codice fiscale _____
residente in _____ cap. _____ via _____
n. _____ domiciliato (se diverso dalla residenza) in via
_____ n. _____
tel/cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'affido di persone adulte con disagio mentale al fine di offrire un percorso relazionale di tipo familiare.

DICHIARA

- di poter offrire un'adeguata ed idonea accoglienza abitativa ed un contesto relazionale atto a promuovere il benessere psico-fisico, precisando che il nucleo familiare è composto da:

.....
.....
.....
.....

e che le persone che figurano all'interno del nucleo familiare svolgono le seguenti attività lavorative:

.....
.....
.....

in caso di soggetto collettivo si precisa che l'associazione, la cooperativa, l'oratorio... opera nel settore:.....

e svolge le seguenti attività:

.....
.....
.....

- Di assumersi i seguenti impegni:
 - Collaborazione attiva con il gruppo di lavoro presso l'Ufficio di Piano costituito dal Centro di Salute Mentale e dal Servizio Sociale Professionale dell'Ambito
 - Promozione dell'autonomia personale e dello sviluppo delle potenzialità di vita del soggetto, coinvolgendo attivamente la persona affidata nel contesto familiare o della vita associativa
 - Contributo a mantenere i rapporti con la famiglia di origine della persona affidata (laddove possibile)
 - Sottoscrizione del progetto di affidamento concordato con il gruppo di lavoro presso l'Ufficio di Piano
 - Offrire, nella vita quotidiana, al soggetto affidato le seguenti opportunità di socializzazione e attività lavorative:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORIZZA

Il gruppo di lavoro presso l'Ufficio di Piano per l'attivazione dell'affido:

- Al trattamento dei dati rilasciati e esclusivamente per l'espletamento del servizio, ai sensi dell'art.10 del D.lgs 196/2003
- Alla visita domiciliare dell'assistente sociale necessaria al perfezionamento del progetto

ALLEGA:

Copia fotostatica di un documento di riconoscimento valido del soggetto richiedente

Luogo e data

Firma
