



Progetto realizzato con il contributo della



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per le disabilità



Regione
Lombardia

MODULO DI PARTECIPAZIONE/ISCRIZIONE AL PROGETTO DI SOCIALIZZAZIONE FUTURINCLUSION



1. PARTE RISERVATA ALLA ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO

Nome e Cognome del Partecipante:

Data di Nascita:

Comune di residenza:

Recapito Telefonico:

Indirizzo E-mail:

INFORMAZIONI:

Diagnosi:

Data della Diagnosi:

AS

_____ Recapito _____

2. INFORMAZIONI per la gestione nel PROGETTO:

Motivazioni /obiettivi (soprattutto se l'utente è inviato tramite AS di riferimento) per la partecipazione al progetto

--

Aspettative del partecipante e/o della famiglia dal Progetto

--

Eventuali esigenze particolari o Richieste di supporto

--

CONTATTI DELLA PERSONA che parteciperà alle attività

Nome e Cognome	Telefono	Mail

ALTRO

Questa compilazione ha la finalità di adesione al progetto e dà l'opportunità di partecipare, prenotando tramite i canali dedicati, le attività più confacenti alla persona con disabilità in base alla programmazione mensile

Dichiaro di aver letto e compreso le informazioni fornite sul progetto.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse alla partecipazione al progetto e sono consapevole che tali informazioni saranno trattate nel rispetto della normativa sulla privacy. In caso di richiesta, da parte dell'ente erogatore per il progetto FUTURINCLUSION, di copia della diagnosi - dichiarata in sede di iscrizione - mi impegno a fornire copia della stessa che verrà utilizzata solo ai fini del progetto e nel rispetto della normativa sulla privacy.

Data: _____

Firma del partecipante: _____

Firma del genitore/Tutore/Amministratore di sostegno _____