



A.V.R.E.S.

O.N.L.U.S

Da inviare A.V.R.E.S. ONLUS (anche mezzo fax n. 0165/767148)

Il/la sottoscritto/a.....

Residente in.....cap.....via.....

(n.telefono e fax...E-mail)

genitore di.....

nato/a ail.....

chiede che il/la proprio/a figlio/a, oppure che se stesso, possa partecipare all'attività di Riabilitazione Equestre per soggetti disabili che si svolge a Nus, presso la struttura in località Breil.

Data _____

Il Richiedente

In caso di accoglimento della domanda l'interessato dovrà inviare, se maggiorenne:

- richiesta del medico di medicina generale (MMG) convenzionato con l'azienda USL;
- se minore dovrà sostenere la visita di presa in carico da parte del Neuropsichiatra Infantile dott. Giovanni VOLTOLIN; Essere in possesso della certificazione di handicap in base gli art. 3 e 4 della Legge 104/1992.
- fornire il certificato di avvenuta vaccinazione antitetanica in corso di validità
- Versare all'A.V.R.E.S. ONLUS la quota annuale di Euro 104,00 quale quota associativa e assicurativa
- Versare all'A,V,R,E,S. ONLUS la quota di contribuzione annuale di Euro 150,00, come stabilito dalla Delibera regionale n.2113 del 09/11/2012 , che l'A.V.R.E.S. ONLUS provvederà a versare nelle casse regionali.

DICHIARAZIONE

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (codice in materia di protezione dei dati

personali) il/la sottoscritto/a _____ è stato/a informato/a che i

dati personali, sia comuni che sensibili, del/della Sig/Sig.ra _____

saranno trattati nel rispetto della normativa vigente e per i soli fini applicativi collegati alla presente domanda di partecipazione alle attività realizzate dall'A.V.R.E.S. ONLUS

Data _____

Firma _____

E-mail: giovanna@tiscali.it Sito Web:avresonlus.it