

Protocollo

Ippoterapia 2005

Alla **Provincia Regionale di Siracusa -
V Settore Cultura Istruzione Superiore
Università Politiche Sociali**
Via Malta 106 **Siracusa**

(compilare le parti evidenziate in giallo e barrare le caselle di interesse)

Il / La sottoscritt _____, nat a _____ il
_____, residente in _____, Via _____,
Cod. Fisc. _____ tel. _____, nella qualità di

Disabile maggiorenne

Familiare del disabile

cognome _____

nome _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'ammissione ai corsi di ippoterapia organizzati da codesta Provincia ed esprime la propria preferenza per la seguente struttura *(segnare con una crocetta)*

indicare solo una
delle tre opzioni

Società Ippica Siracusana (16 posti) - SIRACUSA

Centro Ippico S. Giuseppe (16 posti) - SOLARINO

Centro Ippico Megarese (10 posti) - AUGUSTA

in caso di mancata ammissione nella struttura sopra indicata esprime preferenza in via sussidiaria per la struttura _____

Al fine di consentire l'accertamento dei requisiti di ammissione ai corsi

ALLEGA

la seguente documentazione:

- Certificato medico attestante la disabilità e la compatibilità con la pratica ippoterapica**
- Attestazione ISEE, in corso di validità**
- Certificato di residenza del beneficiario (se diversa da quella sopra dichiarata)**
- Fotocopia di un documento di riconoscimento (di colui che firma la domanda)**

Ai sensi della L.675/96 dichiara di aver letto ed accettato l'informativa sul trattamento e la tutela dei dati personali pubblicata sul sito internet www.provrs.it ed autorizzo il trattamento dei miei dati personali da parte della Provincia Regionale di Siracusa.

la presente a tutti gli effetti di legge assume valore di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

(firma)

SPEDIRE O PRESENTARE ENTRO IL 15/10/2005