



A.V.R.E.S.

ONLUS

Da inviare A.V.R.E.S. ONLUS (anche mezzo fax n. 0165/767794)

Il/la sottoscritto/a.....

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

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

genitore di.....

nato/a ailC.F.....

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 la richiesta del medico di medicina generale (MMG) convenzionato con l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
- se minore dovrà sostenere la visita di presa in carico da parte del Neuropsichiatra Infantile dott. Giovanni VOLTOLIN che prescriverà le indicazioni e le controindicazioni relative allo svolgimento dell'attività ed informerà degli scopi della presa in carico i genitori a cui è dovuta l'informazione di consenso;
- certificazione di handicap ai sensi della legge 104/92 (artt. 3 e 4) e/o ai sensi dell'art. 94, comma 3, della legge n. 289/2002;
- 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 180,00, come stabilito dalla Delibera regionale n.724 del 03/06/2016.

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 _____

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