



Alta Valle del Metauro
Unione Montana



Borgo Pace Fermignano Mercatello sul Metauro Peglio Sant'Angelo in Vado Urbania Urbino
Regione Marche Provincia di Pesaro e Urbino

Centro Autismo via Redipuglia 5 Urbania (PU)
Tel. 0722312074 - 3402897132

Al Presidente dell'Unione Montana
Alta Valle del Metauro
URBANIA
e, p.c. Al Direttore del Centro Socio Educativo
Francesca

Oggetto: richiesta inserimento presso il Centro Autismo di Urbania.

Il/La Sottoscritto _____ residente in _____
CAP _____ Via e numero civico _____ tel _____
Genitore di _____ nato/a _____
Il _____ c.f. _____

CHIEDE

di inserire il proprio figlio/a presso il Centro Autismo di Urbania per n. ____ ore settimanali e allega alla presente tutta la documentazione clinica, psicologica sociale e scolastica di cui è in possesso,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il Centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore _____ alle ore _____
- di aver preso visione dei locali dove verranno svolte le attività;
- di essere a conoscenza dell'organizzazione generale del Centro e della gestione giornaliera delle varie attività proposte, così come dettagliatamente illustrate dalla Coordinatrice del Centro Dott.ssa Bruna Lani,
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione all'inserimento definitivo sarà comunicata per iscritto dall'Unione Montana Alta Valle del Metauro, dopo un primo periodo di prova di un mese, sentito il Direttore del Centro Socio Educativo Francesca prof. Lucio Cottini e la Coordinatrice del Centro Autismo Dott.ssa Bruna Lani,
- di aver preso visione e di accettare le vigenti tariffe di frequenza mensili applicate dall'Unione Montana Alta Valle del Metauro,
- di impegnarsi al pagamento delle rate mensili entro e non oltre il mese successivo, pena la revoca della autorizzazione d'inserimento,

Il/la sottoscritto/a trasmette inoltre, unitamente alla presente, l'allegata dichiarazione, debitamente compilata e firmata, relativa all'eventuale somministrazione di farmaci ed al quadro allergologico.

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente

Centro Autismo via Redipuglia 5 Urbania (PU)



Alta Valle del Metauro
Unione Montana



Borgo Pace Fermignano Mercatello sul Metauro Peglio Sant'Angelo in Vado Urbania Urbino
Regione Marche Provincia di Pesaro e Urbino

Tel. 0722312074 – 3402897132

Al Presidente dell'Unione Montana
Alta Valle del Metauro
URBANIA
e, p.c. Al Direttore del Centro Socio Educativo
Francesca

Il/La Sottoscritto _____ Genitore di _____

DICHIARA

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A
O NON E' AFFETTO DAL ALCUNA FORMA ALLERGICA
O E' AFFETTO DA FORMA ALLERGICA COME DA ALLEGATA CERTIFICAZIONE MEDICA

=====

CHIEDE

CHE AL PROPRIO FIGLIO/A
O NON VENGANO SOMMINISTRATI FARMACI
O VENGANO SOMMINISTRATI I FARMACI INDICATI NELL'ALLEGATA PRESCRIZIONE MEDICA,
SECONDO LA RELATIVA POSOLOGIA

=====

CON LA PRESENTE IL SOTTOSCRITTO SOLLEVA OGNI EDUCATORE DA OGNI RESPONSABILITÀ
SIA NEL CASO CHE SI MANIFESTINO REAZIONI ALLERGICHE CHE NEL CASO DI EFFETTI DOVUTI
E CONNESSI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente
