

Consorzio dei Servizi Sociali



**CONSORZIO DEI SERVIZI  
SOCIALI  
"ALTA IRPINIA"**  
Via Torricella N° 5  
83047 LIONI (AV)



**Consorzio dei Servizi Sociali Alta Irpinia**  
Prot. Arrivo N. 0008399 del 10-10-2018

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

### PROGETTO VITA INDIPENDENTE

**SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA  
INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON  
DISABILITÀ ANNO 2016**

#### PREMESSO CHE :

Che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha finanziato, per il tramite della Regione Campania, il progetto sperimentale in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, presentato dal Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia" A3 Lioni (AV).

Il Progetto prevede, tra l'altro, inclusione sociale e relazionali attraverso l'attivazione di laboratori e corsi di formazione.

Alla luce di quanto sopra,

#### SI AVVISA CHE

Il Consorzio intende organizzare vari laboratori e presumibilmente i sottoelencati :

**LABORATORIO MUSICO/TEATRALE  
LABORATORIO DI RICICLAGGIO  
LABORATORIO DI FUMETTISTICA  
CORSO DI PC**

I Laboratori sono rivolti a cittadini adulti (18-64 anni), in possesso del certificato ai sensi della L. 104/92, in grado di autodeterminarsi, residenti in uno dei Comuni associati dell'Ambito A3.

I laboratori si terranno presso i locali ricadenti nel Centro di Aggregazione Giovanile "Ideas", sito in Via U. Foscolo in Lioni e nel Centro Polifunzionale di Caposele, presumibilmente in orari pomeridiani.

Al fine di garantire la massima partecipazione, si intende attivare il servizio di Trasporto sociale.

#### PERTANTO,

al fine di conoscere il numero delle adesioni, gli interessati devono manifestare il loro interesse alla partecipazione dei laboratori sopra indicati, presentando il modulo allegato al presente avviso

Consorzio dei Servizi Sociali  
"Alta Irpinia"  
Ambito



CONSORZIO DEI SERVIZI  
SOCIALI  
"ALTA IRPINIA"  
Via Torricella N° 5  
83047 LIONI (AV)

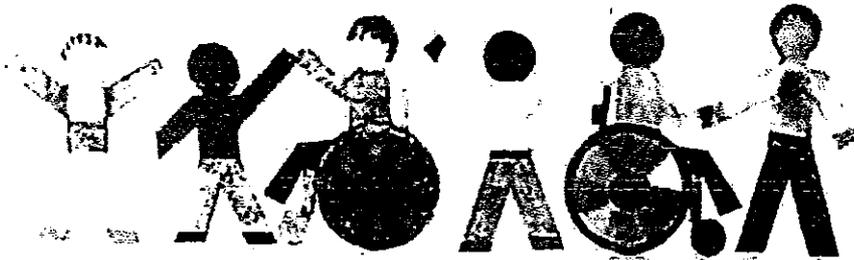


all'ufficio protocollo del Consorzio dei Servizi Sociali, ovvero all' e-mail [info@consorzioaltairpinia.it](mailto:info@consorzioaltairpinia.it) o P.E.C. [consorzioaltairpinia@cert.irpinianet.eu](mailto:consorzioaltairpinia@cert.irpinianet.eu) entro e non oltre 26 ottobre alle ore 14.00.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi al Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza o alla referente del Progetto D.ssa Marcella Zuccardi presso il Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia"

Trattandosi di un progetto sperimentale, il consorzio si riserva in corso d'opera di introdurre delle modifiche alle modalità operative finalizzate ad una migliore attuazione del progetto stesso.

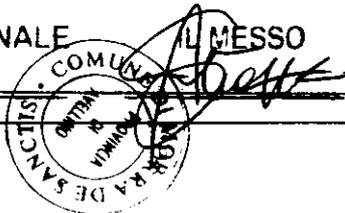
  
Il Direttore  
Michela Fuliano



COMUNE DI MORRA DE SANCTIS (AV)  
PUBBLICATO ALL'ALBO PRETORIO  
DAL 16/10/2018... AL 31/10/2018...  
OPPOSIZIONI .....

IL SEGRETARIO COMUNALE

IL MESSO



Consorzio "Alta Irpinia" Prot. n. 0008399 del 10-10-2018 tipo interno  
Consorzio "Alta Irpinia" Prot. n. 0008487 del 12-10-2018 tipo partenza

Al Consorzio dei servizi sociali Alta Irpinia

Via Torricella

Lioni (AV)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**VISTA LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE-PROGETTO VITA INDIPENDENTE-SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ ANNO 2016.**

#### COMUNICA

DI ESSERE INTERESSATO/A AL LABORATORIO O AI LABORATORI SOTTOELENCATI:

- a) LABORATORIO MUSICO/TEATRALE,
- b) LABORATORIO DI RICICLAGGIO
- c) LABORATORIO DI FUMETTISTA
- d) CORSO DI PC
- e) ALTRO \_\_\_\_\_ (specificare)

*(apporre la crocetta sulla lettera relativa al laboratorio/i a cui interessa partecipare)*

#### DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare:

- di essere in possesso della certificazione di disabilità legge 104/92
- di essere residente nel territorio dell'Ambito A3 ;

Data \_\_\_\_\_

*Firma del Richiedente*

Si allega:

- documento di identità del richiedente
- certificazione medica attestante certificazione di disabilità legge 104/92

~~Il/la sottoscritto/a, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento regionale attuativo n. 2/2006 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali da parte degli uffici regionali per le finalità previste.~~

*Firma del Richiedente*