**MODELLO DI DOMANDA**

**ALLEGATO 1**

**“SPIAGGIA SOLIDALE”**

**Annualità 2023**

Al Comune di Agropoli

Servizi Sociali

La/Il sottoscritta/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente/domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

In qualità di:

* Rappresentante legale dell’Associazione/Ente terzo settore per persone con disabilità:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Rappresentante legale dell’Associazione/Ente terzo settore per minori a rischio e sotto tutela collocati presso strutture residenziali per minori:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Privato cittadino con disabilità Esercente la podestà o la tutela su cittadino con disabilità

CHIEDE

* di poter accedere alla “Spiaggia solidale” e di poter usufruire dei relativi servizi balneari disponibili per persone con disabilità e/o minori a rischio e sotto tutela collocati presso strutture residenziali per minori, per 7 giorni consecutivi, nel periodo dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DICHIARA

* di essere a conoscenza che ogni ombrellone è riservato all’utente/ente designato e al proprio accompagnatore e/o al proprio nucleo familiare ristretto per un massimo di 5 persone.
* che ogni ombrellone viene assegnato per la durata di 7 consecutivi, salvo proroga sulla base della disponibilità di posti.

ALLEGA:

* documento d’identità in corso di validità
* certificazione di invalidità oppure L. 104/92
* statuto associazione/ente terzo settore oppure documentazione equivalente da cui evincere le finalità dell’organismo

**Autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).**

Agropoli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_