

PIZZAUTOBUS BRESCIA

DOMANDA DI ADESIONE

Spett.
Fobap Anffas ETS
Via Michelangelo, 405
25124 Brescia
feninim@fobap.it

Io sottoscritto/a _____, residente a _____, in via _____, tel. _____, email _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____, padre/madre/titolare della protezione giuridica della persona beneficiaria, residente a _____, in via _____, tel. _____, email _____

E

Io sottoscritto/a _____, padre/madre/titolare della protezione giuridica della persona beneficiaria, residente a _____, in via _____, tel. _____, email _____

CHIEDO/CHIEDIAMO l'adesione al Progetto PIZZAUTOBUS BRESCIA

RIFERIMENTI DELLA PERSONA PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____, Cod. Fisc. _____

Residente in via _____ n. _____ CAP _____

Comune di _____, Provincia di _____

Tel. _____ E-mail _____

Eventuale Istituto scolastico frequentato _____

Classe _____

Neuropsichiatra di riferimento _____

Assistente sociale Comune _____

Assistente sociale ASST _____

Altri riferimenti (specificare) _____

Diagnosi (**allegare relazione o certificazione**) _____

Livello autismo (se conosciuto) _____

Firme