



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 Dante Alighieri 9 Urbania (PU)  
Tel. 0722312074 - 3487325539

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 Dante Alighieri 9 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 – 3487325539

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  
\_\_\_\_\_