



S F I D A - Sindacato Famiglie Italiane Diverse Abilità

Inviare il presente modulo, debitamente compilato e firmato, a SFIDA, Via Gallipoli, 34 - 73048 Nardò (Le) o inviarlo al n° di fax: 08331936000

AL SEGRETARIO NAZIONALE

Il sottoscritto _____ nato/a _____ Prov. _____)

Il _____ residente in _____ Prov. _____ Via _____)

CAP _____ codice f. _____ tel. _____ E-mail _____)

CHIEDE

di essere iscritto al SINDACATO FAMIGLIE ITALIANE DIVERSE ABILITA' - S.F.I.D.A.

All'uopo dichiara di trovarsi nelle condizioni qui appresso indicate:

STATO CIVILE

- Coniugato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a o divorziato
- Vedovo/a

TITOLO DI STUDIO

- Laurea
- Diploma universitario
- Scuola media superiore
- Scuola media inferiore
- Licenza elementare
- Nessun titolo

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Occupato
- In cerca di occupazione
- Casalinga
- Studente
- Inabile al lavoro
- In altra condizione

SITUAZIONE FAMILIARE (Componenti a carico e non)

RAPPORTO DI PARENTELA	NOME E COGNOME	ETA'	PROFESSIONE
CAPOFAMIGLIA			
CONIUGE			
FIGLIO 1			
FIGLIO 2			
FIGLIO 3			
FIGLIO 4			
ALTRO COMPONENTE			

PARTE RISERVATA AI DIVERSAMENTE ABILI

COMPONENTE DEL GRUPPO FAMILIARE CON DIVERSE ABILITA'

CONDIZIONE DI INVALIDITA'

- Cecità**
- Mutismo**
- Sordità**
- Insufficienza mentale**
- Malattia mentale/disturbi del comportamento**
- Invalidità motoria**
- Altre (specificare quali:.....)**

INTERVENTI SANITARI E SOCIALI PRATICATI O NECESSARI ALLA PROPRIA CONDIZIONE DI INVALIDITA'

- Fisioterapia o terapia psicomotoria**
- Terapia di riabilitazione al linguaggio o della vista**
- Terapie psicoanalitiche o psicoterapie**
- Terapia occupazionale (mirata alla riabilitazione per lo svolgimento di attività elementari della vita quotidiana)**
- Altre terapie (specificare quali:.....)**

MEZZI UTILIZZATI PER I PROPRI SPOSTAMENTI

- Mezzo privato**
- Sedia a rotelle**
- A piedi**
- Mezzi pubblici**
- Altro (specificare quale:.....)**

RICONOSCIMENTO DI GRAVITA' DELLA PROPRIA CONDIZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 (art. 3 comma 3).

- SI**
- NO**

Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione della normativa statutaria del Sindacato, aderendone pienamente per quanto riguarda i contenuti.

Altrettanto si impegna al versamento della quota annua di iscrizione pari a:

- € 20,00 (socio ordinario) Tramite bollettino postale al numero di c.c. 72166374 intestato a S.F.I.D.A. SINDACATO**
- € 100,00 (socio sostenitore) Tramite bollettino postale al numero di c.c. 72166374 intestato a S.F.I.D.A. SINDACATO (causale: ISCRIZIONE SOCIO.....)**

LUOGO E DATA.....Firma.....

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96.

LUOGO E DATA.....Firma.....