



Preg.mo Presidente  
Del Centro Regionale Helen Keller  
Dell'U.I.C. di Messina  
Via Salita Tremonti – Fondo Cardia  
98152 Messina

(da compilare in STAMPATELLO)

Il Sottoscritto

<b>COGNOME:</b>	<b>NOME:</b>
<b>COMUNE DI NASCITA:</b>	<b>PROV:</b>
<b>DATA DI NASCITA:</b>	
<b>COMUNE DI RESIDENZA:</b>	<b>C.A.P.</b>
<b>INDIRIZZO:</b>	
<b>RECAPITI TELEFONICI:</b>	
<b>E MAIL:</b>	

### CHIEDE

Alla S.S.I. di volerl.... ammettere a frequentare un **Corso di Autonomia Personale.**

Con Osservanza

Data

Firma .....

Alla presente allega:

1. Certificato medico, attestante la cecità assoluta o il residuo visivo;
2. Certificato medico anamnestico;
3. Copia del titolo di studio;
4. Curriculum vitae e professionale.
5. Fotocopia documento valido di identità
6. Fotocopia tessera sanitaria

Via Salita Tremonti n.30 H – Fondo Cardia – 98152 Messina

☎ 090.8966130 – 377 0891267 ✉ [scuolacaniguide@centrohelenkellersicilia.it](mailto:scuolacaniguide@centrohelenkellersicilia.it) –  [centroregionalehelenkeller@legalmail.it](mailto:centroregionalehelenkeller@legalmail.it)

Codice fiscale: 97067580833 – P.IVA: 03581290834

IBAN: IT 60 W 03069 16500 100000046085 - BANCA INTESA SANPAOLO

Legge Regione Siciliana, 30 aprile 2001 n. 4 – Centro per il recupero socio-lavorativo