

Comune di _____
Settore Sociale

OGGETTO: Domanda iscrizione per il Centro Aperto Polivalente per Minori

Il/La sottoscritto/a _____, residente nel Comune di _____,

C.F. _____ in Via _____, n. _____, tel. _____,

in qualità di (Genitore, Tutore) del minore _____,

C.F. _____ nato/a _____ il _____

CHIEDE

l'iscrizione dello/a stesso/a al "Centro Aperto Polivalente per Minori: _____"

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm. ii.

che il proprio contesto familiare è il seguente:

- Monogenitoriale SI ☐ NO ☐
- n _____ disabili per invalidità (civile, del lavoro, ecc) superiore al 70%;
- n _____ figli minore di 18 anni oltre quello per cui si fa richiesta;

che sono presenti le seguenti condizioni particolari:

- che la situazione economica del nucleo familiare – modello ISEE è pari ad € _____
- minori seguiti dal Servizio Sociale o da altre istituzioni SI ☐ NO ☐

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di iscrivere il minore _____ per il periodo giugno – settembre 2019. Dichiara altresì di avere preso esatta cognizione dell'avviso pubblico rivolto alle famiglie, per la selezione degli utenti del servizio di cui trattasi, e di essere a conoscenza, pertanto, del procedimento di ammissione al servizio e delle norme che regolano il funzionamento dello stesso.

Allega:

- Attestazione ISEE dell'anno in corso di vigenza;
- Copia Documento di riconoscimento e codice fiscale del Genitore/Tutore
- Ogni altro documento che attesti o segnali una eventuale particolare situazione socio- educativa del minore da parte di Istituzioni;
- Attestazione di invalidità superiore al 70%.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il Comune di _____ può utilizzare i dati sopra riportati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679).

Data _____

Firma _____