

Ambito Territoriale C9

Comune Capofila Sparanise

CAMPUS ESTIVO 2017 – LOTTO 2

Modulo di iscrizione ***(da compilare in maniera leggibile)***

Comune di _____
Alla C.A. del responsabile dei Servizi Sociali

Il sottoscritto/a

Nato/a in data _____ a _____ Prov. _____ Naz. _____

GENTORE **TUTORE** **ESERCENTE LA PATRIA PODESTA'** del minore

sesto F M - Nato/a a _____ Prov. _____

il ___ I ___ I ___ I – ETA' _____ | residente a _____

in via/piazza _____ n° _____

Tel. _____ Cellulare _____

e-mail: _____ |

CHIEDE

che il proprio figlio/a possa partecipare al Campus Estivo 2016 - III Annualità del PdZ - II Triennio del PSR – realizzato dall' Ambito Territoriale C9, Comune Capofila Sparanise . A tal fine, avendo preso visione della scheda tecnica del Servizio e consapevole delle sanzioni previste dalla vigente normativa in materia di autocertificazione (DPR 445/00 e successive modifiche ed integrazioni),

DICHIARA

| Indicatori di valutazione | Item | Indicare con una X | |
|---|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Composizione nucleo familiare * | Nucleo mono genitoriale | | Indicare il numero |
| | Presenza Disabili | | |
| | Presenza Minori | | |
| Reddito ISEE rif. anno 2015 (anche presunto) | Da 0,00 a 1.000,00 euro | | |
| | da 1.000,01 a 3.000,00 euro | | |
| | da 3.000,01 a 5.000,00 euro | | |
| | oltre 5.000,01 euro | | |

* Componenti del nucleo familiare che risultano dallo Stato di Famiglia

Comunico che la persona da contattare per comunicazioni ed in caso di emergenza è:
(solo se diverso da quello indicato precedentemente)
(Cognome e Nome)

In qualità di: _____ del minore

Tel. Fisso _____ Cellulare _____

INFORMAZIONI CHE IL GENITORE/TUTORE RITIENE IMPORTANTE SEGNALARE

Intendo segnalare le seguenti notizie particolari che riguardano mio figlio/a:

| | |
|---|------------------------------------|
| Patologie ed eventuali terapie in corso | No _____ Si _____ , specificare |
|---|------------------------------------|

| | |
|--|-----------------------------------|
| Allergie e intolleranze (anche agli alimenti) | No _____ Si _____ , specificare |
|--|-----------------------------------|

| | |
|--------------------|--|
| Capacità Natatorie | No _____ Si _____ Parzialmente _____ |
|--------------------|--|

| | |
|---|------------------------------------|
| Altro che si ritiene importante segnalare | No _____ Si _____ , specificare |
|---|------------------------------------|

| | |
|--|---|
| Portatore di handicap che necessita di sostegno da parte di personale socio- assistenziale | Si _____ NO _____ Se è sì, specificare ed allegare certificazione medica |
|--|---|

Altro di rilevante da segnalare:

Dichiara, altresì, di essere consapevole che l'intervento si realizzerà solo ad avvenuto affidamento da parte del Comune capofila Sparanise dell'Ambito Territoriale.

Dichiara, inoltre, , di essere informato/a, ai sensi D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che saranno forniti all'Ente affidatario del servizio attraverso il Comune Capofila dell'Ambito Territoriale C9.

Allego:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Certificazione ISEE (DPCM 159/2013), ovvero DSU o Richiesta di rilascio Certificazione ISEE corredata da dichiarazione sostitutiva.

Lì, _____

Firma _____