



Comune di Sparanise

ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9

SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO



CAMPUS ESTIVO 2020 – Piscina

Modulo di manifestazione d'interesse (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. _____

GENITORE TUTORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' del minore

Sesso F M Nato/a a _____ Prov. _____

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 2020 - Piscina– 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 2020 (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:

U

COMUNE DI SPARANISE

Protocollo N. 0010294/2020 del 31/07/2020

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 in corso di validità (DPCM 159/2013), e relativa DSU;
- eventuale certificazione medica.

Lì, _____

Firma _____

U
COMUNE DI SPARANISE
Protocollo N.0010294/2020 del 31/07/2020