

Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali

Domanda per l'accesso ai Servizi temporanei e territoriali (attività ricreative, sociali e culturali)

- Colonia Marina;**
 Centro ricreativo estivo

Il/La Destinatario/a

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __ / __ / ____

Codice fiscale __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Residente in _____ , a _____ , n. ____ c.a.p. ____

Recapiti: tel. _____ , cell. _____ , fax _____ , e-mail: _____

Il/La Richiedente

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __ / __ / ____

Codice fiscale __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Residente in _____ , a _____ , n. ____ c.a.p. ____

Recapiti: tel. _____ , cell. _____ , fax _____ , e-mail: _____

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (ove possibile contrassegnare con una X):

Tipologia di famiglia:

- famiglia monoparentale;
 famiglia biparentale;

n. ____ soggetti con disabilità certificata presenti nel nucleo familiare;

n. ____ minori o nascituro presenti nel nucleo familiare;

Occupazione del padre e della madre

Padre:

- occupato;
 disoccupato;

Madre

- occupata;
 disoccupata.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

Allega, alla presente domanda (**contrassegnarli con una X**):

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
 fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
 certificato medico, laddove previsto;
 _____ ;
 _____ ;
 _____ .

Luogo e data: _____, __ / __ / ____ .

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante