



CITTA' di SPARANISE

CAPOFILIA AMBITO TERRITORIALE C9

LEGGE 528/00 – LEGGE REGIONALE N. 11/2007



Il Campus è rivolto a tutti i bambini e i ragazzi di età compresa tra 6 e 16 anni residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale C9, anche diversamente abili, previo certificato rilasciato da personale medico dal quale si evinca la possibilità di partecipare alle attività proposte con il sostegno di personale socio-assistenziale.

Periodo di realizzazione: LUNEDI' 24 LUGLIO / VENERDI' 4 AGOSTO, per un totale di 10 giornate distribuite su 2 settimane, dalle ore 9.30 alle 18.30 .

ISCRIZIONE: l'iscrizione, a cura di uno dei genitori o del tutore, dovrà essere effettuata su apposito modulo, disponibile presso il Comune - Ufficio Servizi Sociali - allegando il documento di riconoscimento, e dovrà essere protocollata presso il Comune di residenza entro e non oltre il **29 giugno 2017**.

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. _____

GENITORE TUTORE ESERCENTE LA PATRIA PODESTA' del minore

secco 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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(DPR 445/2000)

Il sottoscritto _____, nato a _____ e residente in _____ (Prov. CE) alla Via _____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità, in relazione alla partecipazione del proprio figlio

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____

il _____ al progetto "Campus Estivo 2017 – Lotto 2"

DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare, ai fini reddituali – DPCM 159/13, è composto, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti ulteriori persone:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA	CODICE FISCALE

- Che il reddito presunto del/la sottoscritto/a per l'anno 2016, calcolato con le modalità di cui al DPCM n. 159/2013 e valutabile ai fini IRPEF, è di circa € _____;

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 38 d.p.r. 445/2000 allega copia fotostatica non autenticata della carta d'identità e del codice fiscale.

Li,

IN FEDE