 COMUNE di OLIVETO CITRA

*Provincia di Salerno*

*(www.comune.oliveto-citra.it)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. 84020 - Via Vittorio Emanuele II n. 46 - P. IVA 00578180655 - Tel. 0828-799203/799201 - Fax 0828-793766

**SERVIZIO VII- SOCIO CULTURALE**

[servizisociali.oliveto-citra@asmepec.it](mailto:servizisociali.oliveto-citra@asmepec.it); servizisociali@comune.oliveto-citra.sa.it

***Al Comune di Oliveto Citra***

***Ufficio Socio Culturale***

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE**

**AD ATTIVITÀ EDUCATIVE E RICREATIVE**

**“CENTRO ESTIVO”**

**PER BAMBINI 3-14 ANNI**

***Fondo per le attività socio-educative a favore dei minori***

***Anno 2024***

Modulo di domanda

Il/la sottoscritto/a

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. (\_\_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_

Telefono: casa/lavoro / Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

* genitore
* altro (specificare: )

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

all’iscrizione del/la bambino/a (cognome e nome)

nato/a a PROV. ( ) il [ ][ ]**/**[ ][ ]**/**[ ][ ][ ][ ] Stato Estero e residente a PROV. ( )

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. ( )

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_

al Centro Estivo organizzato dal Comune di Oliveto Citra.

# **AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL NUCLEO FAMILIARE**

# **DA COMPILARSI A CURA DEL RICHIEDENTE PER IL MINORE**

Il sottoscritto/a …………………………………………………………….. consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

A. CHE I GENITORI SONO:

nome e cognome GENITORE 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. F. nato a PROV. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) in via \_\_\_\_\_\_\_n°

tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome e cognome GENITORE 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. F. nato a PROV. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) in via \_\_\_\_\_\_\_n°

tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**altri componenti del nucleo familiare:**

(nome e cognome) nato/a il a grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome) nato/a il a grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome) nato/a il a grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome) nato/a il a grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL NUCLEO FAMILIARE**

***N.B. Per nucleo familiare si intendono i soggetti tra i quali intercorre un rapporto di filiazione legittima, naturale o adottiva*.**

# Nucleo familiare

*(segnare la tipologia)*

* + Entrambi i genitori viventi;
  + Genitori divorziati/separati legalmente;
  + Decesso di un componente della coppia;
  + Componente della coppia in carcere;
  + Componente della coppia emigrato all'estero;
  + Ragazza madre /ragazzo padre;

N.B. Non viene riconosciuta la condizione di “nucleo monoparentale” nel caso in cui i genitori siano sposati e iscritti in separati stati di famiglia oppure il genitore, che ha in affidamento il bambino, conviva con altra persona.

# Disabilità del minore per il quale si chiede l’iscrizione, con certificazione dell’ASL (ex L.104/92);

# Presenza nel nucleo familiare di altri minori disabili:

# specificare numero di minori: ………….

# Presenza di uno o entrambi i genitori in situazione di invalidità o disabilità (in possesso di certificazione sanitaria che attesti la condizione di non autosufficienza);

# **SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI**

* Genitore 1: lavoro
* Lavoro a tempo pieno
* Lavoro part time
* Disoccupato/a – Inoccupato/a
* Genitore 2:

□ Lavoro a tempo pieno

□ Lavoro part time

□ Disoccupato/a – Inoccupato/a

# **IL/LA BAMBINO/A**

Nome e Cognome

nato/a a \_ PROV. ( ) il [ ][ ]**/**[ ]

# è stato sottoposto alle regolari vaccinazioni obbligatorie ai sensi del D.L. 73/2017, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31/07/2017

Eventuali patologie da segnalare:

DATA

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali (Privacy)**

Dichiara, infine, di essere a conoscenza, tramite apposita informativa resa disponibile dall’ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. Del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Si allega:

* + Attestazione ISEE in corso di validità;
  + Eventuali certificazioni mediche attestanti lo stato di disabilità del minore (L.104/92);;
  + Eventuali certificazioni mediche attestanti lo stato di disabilità di ulteriori componenti con disabilità certificata (L.104/92).