

**Ambito Territoriale C9**

**Comune Capofila Sparanise**

***CAMPUS ESTIVO 2016 – 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 - Lotto 2 previsto nella 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**

<b>Indicatori di valutazione</b>	<b>Item</b>	<b>Indicare con una X</b>	<b>Indicare il numero</b>
<b>Composizione nucleo familiare *</b>	Nucleo mono genitoriale		
	Presenza Disabili		
	Presenza Minori		
<b>Reddito ISEE rif. anno 2015 (anche presunto)</b>	Da 0,00 a 1.000,00 euro		
	da1.000,01 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;
- copia dell'autocertificazione ai fini reddituali.

Lì, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_