DOMANDA DI AMMISSIONE
AL PROGETTO "IL GIARDINO DEI SORRISI - LUDOTICA COMPORTAMENTALE"

Al Settore Servizi Sociali
Comune di Catanzaro

Oggetto: richiesta ammissione al Progetto "Il Giardino dei Sorrisi - Ludoteca Comportamentale"

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____prov. (_____) il _____ residente in ___

_____ alla Via _____

n. _____ Recapiti Telefonici _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____,

in qualità di _____

Chiede l'ammissione al Progetto "Il Giardino dei Sorrisi - Ludoteca Comportamentale"

per il/la figlio/a _____

nato/a a _____prov. (_____) il _____

residente in _____ alla Via _____

n. _____ Recapiti Telefonici _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____,

ALLEGA alla presente

1) autocertificazione secondo il modello allegato alla domanda di partecipazione (relativa ai dati personali, alla residenza, all'inserimento/frequenza di servizi di riabilitazione, a problematicità mediche particolari);
2) fotocopia documento identità dei genitori;
3) modello ISEE in corso di validità;
4) diagnosi funzionale del minore, rilasciata da un neuropsichiatra infantile o centro di neuropsichiatria infantile.

AUTORIZZA

Il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del progetto di che trattasi, ai sensi del D.Lgs: 101/18 del 10 Agosto 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

_____ _____
(luogo e data) (firma leggibile)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2 legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10, Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ. modifiche e integrazioni)

I Sottoscritti* _____ e* _____

genitori di* _____, nato/a a* _____

(____) il*___/___/___, residente a* _____ (____) in* _____

Numero di telefono* _____, Indirizzo e-mail * _____

consapevoli che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARANO

1) Che il nucleo familiare ha residenza nel comune di _____ Prov. (____);
2) Che il/la suddetto/a figlio/a ha ricevuto una diagnosi di _____

   _____, in data ____/____/____,

   rilasciata da _____;
3) Di essere disponibile a partecipare attivamente al percorso, con presenza agli incontri settimanali;
4) Che il/la suddetto/a figlio/a frequenta i seguenti servizi di riabilitazione _____

   _____

   presso _____;
5) Dichiara inoltre la sussistenza delle seguenti problematiche mediche:

   _____

   _____

_____, ___/___/___ _____ _____

*Firma del padre (per esteso e leggibile)** *Firma della madre (per esteso e leggibile)**

* Dati obbligatori

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455