

**Modulo di Domanda**

**Spett. Azienda Consortile “Agro Solidale”**

**Via Tenente Pittoni, 1**

**Comune di Pagani (SA)**

**Pec:** agrosolidale@pec.it

**OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO POLIVALENTE PER MINORI 6-14 ANNI NEL COMUNE DI PAGANI, SITO NELLA STRUTTURA COMUNALE DEL CENTRO SOCIALE DI PAGANI IN VIA ALCIDE DE GASPERI, 16 PAGANI - Fondi PON Inclusione**

**Genitore e/o Tutore del minore**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Minore**

Nome e cognome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter iscrivere il proprio figlio/a **AL CENTRO POLIVALENTE PER MINORI 6-14 ANNI NEL COMUNE DI PAGANI, presso la struttura CENTRO SOCIALE DI PAGANI IN VIA DE GASPERI,16 PAGANI:**

**D I C H I A R A**

* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico;
* di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ figli minori di anni 14 a carico;
* Famiglia costituita da un solo genitore;
* Presenza nel nucleo familiare di persone non autosufficienti (riconoscimento invalidità 100% e/o handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3. c.3 della L. 104/92)

Allega:

* Attestazione ISEE e DSU;
* Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del genitore;
* Copia del Codice Fiscale del genitore;
* Copia del documento di identità in corso di validità oppure copia del Codice Fiscale del minore interessato a partecipare all’iniziativa;
* Certificato rilasciato dal pediatra e/o dal medico di base che attesti l’idoneità a poter svolgere le attività previste;
* Copia del libretto vaccinale ovvero attestazione delle vaccinazioni effettuate rilasciate dall’ASL;

**o, in alternativa:**

* Omissione o differimento (per chi si trova in particolari condizioni cliniche) attraverso attestazione redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra del SSN;
* Copia della richiesta di vaccinazione all’azienda sanitaria locale territorialmente competente.

Ai sensi del Reg.Ue 2016/679, il sottoscritto autorizza l’Azienda Consortile “Agro Solidale” al trattamento dei dati personali per le procedure relative al servizio “Centro Polivalente per minori 6-14 anni nel Comune di Pagani (SA).

**Luogo e data In fede**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**