

AL COMUNE DI SANTA CROCE CAMERINA

**OGGETTO: DOMANDA ISCRIZIONE AL PROGRAMMA PROGETTUALE SPERIMENTALE
SPAZIO GIOCO A.E. 2025/20256**

Il/La sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____, cell. _____, email/pec _____

in qualità di madre padre affidatario tutore curatore

CHIEDE

per il minore (nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il _____

l'iscrizione al servizio "Spazio Gioco" sito in Piazza degli Studi s.n. per la sezione **(indicare una sola preferenza):**

antimeridiana

pomeridiana

A tal fine, sotto la propria responsabilità ed ai sensi degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di uno stato appartenente all'Unione Europea;
- di essere cittadino/a straniero/a in possesso della carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE;
- che il minore è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge: sì no
- che il nucleo familiare, escluso il minore, risulta così composto:

Nome Cognome	Luogo e Data di Nascita	Relazione di parentela con il minore
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DICHIARA, inoltre

(segnare con una x una o più dei seguenti requisiti)

- il minore **vive con un unico genitore** (nucleo familiare monoparentale) impegnato in attività lavorativa come: lavoratore autonomo dipendente altro (specificare) _____;
- il minore ha **entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa** e nello specifico:
padre: lavoratore autonomo dipendente altro (specificare) _____;
madre: lavoratrice autonoma dipendente altro (specificare) _____;
- il minore vive in un nucleo familiare dove un solo genitore è impegnato in attività lavorativa e nello specifico:
padre: lavoratore autonomo dipendente altro (specificare) _____;
madre: lavoratrice autonoma dipendente altro (specificare) _____;
- il minore è affetto da handicap, certificato ai sensi della L. 104/92;
- il minore appartiene ad un nucleo familiare in cui sono presenti soggetti affetti da disabilità grave, in possesso della relativa certificazione, attestante la condizione di grave handicap;
- il minore appartiene ad una famiglia numerosa, composta da più di cinque persone;

Allega alla domanda:

- copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;
- copia fotostatica della carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE in corso di validità del sottoscrittore;
- certificato rilasciato dal medico pediatra, attestante l' idoneità del minore alla frequenza del servizio e l' assenza di malattie infettive e/o contagiose ostative all' inserimento
- copia fotostatica del Certificato di Vaccinazione del minore;
- documentazione attestante la condizione lavorativa (con specificazione degli orari lavorativi) dei/del genitori/e;
- attestazione ISEE, in corso di validità;
- verbale di invalidità accertata rilasciata dalla Commissione Medica INPS, del minore e/o del familiare (qualora ne siano in possesso).

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, di cui agli artt. 316, 337- ter – quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Santa Croce Camerina, _____

Firma

Informativa Privacy

Il/La sottoscritto/a, con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge 675/1996 “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al Trattamento dei dati personali”, dal D.Lgs 196/2003 rubricato “Codice in materia di protezione dei dati personali” e GDPR N. 679/2016 “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”, dichiara di essere informato/a, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Santa Croce Camerina, _____

Firma
