

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17 – L. 328/00

COMUNI DI: GIARRE-CALATABIANO-CASTIGLIONE DI SICILIA-FIUMEFREDDO-
LINGUAGLOSSA-MASCALI-MILO-PIEDIMONTE ETNEO-RIPOSTO-SANT'ALFIO

COMUNE DI CALATABIANO

ASSESSORATO SOLIDARIETA' SOCIALE

P.A.C. – PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di intervento Servizi di Cura per la prima infanzia (0-36 mesi) I° Riparto

Al Sindaco del COMUNE DI

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ in via _____

_____ n. _____ Codice Fiscale _____

In qualità di _____ esercente la potestà genitoriale nei confronti del

Minore _____ nato a _____ il _____

Telefono _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE:

Erogazione di posti in strutture pubbliche o private convenzionate che offrono servizi di:

spazio gioco

Centro bambini e famiglia

A tal fine

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare residente a _____ in via _____

è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

ALLEGA alla presente:

1. Attestazione ISE e ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente.

AUTORIZZA

Il Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)
