



# COMUNE DI CRISPANO

Città Metropolitana di Napoli

III Settore –Contenzioso- Politiche Sociali

Email: [politichesociali@comune.crispano.na.it](mailto:politichesociali@comune.crispano.na.it) Pec: [pol-sociali@pec.comune.crispano.na.it](mailto:pol-sociali@pec.comune.crispano.na.it)

Tel. 081- 8341954

## OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE “ SPAZIO BAMBINI E BAMBINE 2023”

Il/La sottoscritto/a _____		
Residente in _____	alla Via _____	N. _____
Tel. _____	Cell. _____	Email _____
In qualità di (genitore, affidatario, altro) _____		
_____		

### CHIEDE

L'iscrizione del proprio figlio/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### AL SERVIZIO “SPAZIO BAMBINI E BAMBINE 2023”

*A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con piena coscienza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 11, comma 3 del D.P.R. 403/98*

### DICHIARA

1. Di essere cittadino/a italiano/a o di uno stato membro dell'Unione Europea o di paese extracomunitario, in possesso di regolare permesso di soggiorno;
2. Di essere residente nel Comune di Crispano;
3. Di avere a carico N. \_\_\_\_\_ minori con disabilità conviventi;
4. Di avere nel proprio nucleo familiare N. \_\_\_\_\_ componenti minori;
5. Di avere il seguente reddito ISEE (incorsodivalidità) \_\_\_\_\_;
6. Nucleo familiare monogenitoriale SI NO;
7. Di essere (relativamente alla madre) nella seguente condizione occupazionale \_\_\_\_\_;
8. Di essere (relativamente alla madre) in stato di gravidanza SI NO;

## SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI CRISPANO

Il Servizio Sociale del Comune di Crispano nella persona della Dott.ssa \_\_\_\_\_ attesta che il/la Bambino/Bambina \_\_\_\_\_ è componente di un nucleo familiare in stato di emarginazione sociale e/o culturale e/o economica, e pertanto ne richiede l'inserimento prioritario.

FIRMA

\_\_\_\_\_

### ALLEGA:

1. Copia di attestazione ISEE in corso di validità;
2. Copia di valido documento di identità del richiedente;
3. Copia della tessera sanitaria del minore da iscrivere;
4. Attestazione regolarità vaccinale del minore;
5. Eventuale certificazione, rilasciata dall' ASL competente territorialmente, attestante la presenza nel nucleo familiare di soggetto minore affetto da disabilità (art.3comma3 L.104/92);
6. Eventuale certificazione attestante lo stato di gravidanza rilasciato da struttura pubblica o proprio Medico di Famiglia;

### ***Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì***

\_\_\_\_\_ di accettare tutto quanto stabilito dall' Avviso Pubblico approvato con determina n. 641 del 10.11.2023

\_\_\_\_\_ di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs.196/2003 e ss.ii.mm, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_