



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2
COMUNE CAPOFILA SCAFATI

All'Ufficio di Piano Ambito S01_2

Oggetto: Richiesta di iscrizione al Centro Polifunzionale per minori d'Ambito sito nel comune di Sant'Egidio del Monte Albino

1 Sottoscritt_ _____
nat_ a _____, il _____ e residente in _____
alla via _____ n. _____, tel _____
in qualità di genitore del minore _____
nato a _____ (____) il _____
frequentante la classe _____ dell'istituto _____

CHIEDE

che il minore de quo sia inserito nelle attività del Centro Polifunzionale per Minori.

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

- Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 442 del 28 dicembre 2000;
- Di essere residente nel Comune di _____.

Si Allega:

- A. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità di uno dei due genitori;
- B. Copia attestazione ISEE in corso di validità;
- C. Autocertificazione dello stato di famiglia.

(data)

(firma)