



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALIRINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2
COMUNE CAPOFILIA SCAFATI

Oggetto: Richiesta di iscrizione al Centro Polifunzionale per diversamente abili.

Il Sottoscritt _____
nat a _____, il _____ e residente in _____
alla via _____ n. _____, tel _____
in qualità di genitore di Genitore/ Tutore di _____
nato a _____ il _____.

CHIEDE

Di essere inserito nelle attività del centro Polifunzionale per diversamente abili di

- Scafati;
- Angri;

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 veritiera, 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;
- D. Certificato di disabilità rilasciato da Amministrazione Pubblica;
- E. Certificato rilasciato dal medico curante per l'idoneità alla frequenza e allo svolgimento delle attività del centro.

Lì _____

Firma

