COMUNE DI SCAFATI - PdZS01_2 - 0002860 - Interno - 01/10/2018 - 13:50

ANGRI CORBARA SANT'EGIDIODEL MONTEALBINO SCAFATI

AMBITO TERRITORIALES01_2

COMUNE CAPOFILASCAFATI

ViaLeonardoDaVinciSNC
Tel.08119143279/08119175396
Email:pianodizona@comune.scafati.sa.it
PEC:pianodizona.scafati@pec.it

All'Ufficio di Piano Ambito S01_2

Oggetto: Richiesta di Iscrizione al Centro Polifunzionale per diversamente abili d'Ambito sito nel Comune di Scafati

Il/La sottoscritto/a_____

Nato il_____a_____(_____) Residente in_____

Alla Via/Piazza_____Tel_____

CHIEDE

Di poter essere inserito nelle attività del centro Polifunzionale per diversamente abili e/o l'inserimento nella struttura de quo di:

Nome e Cognome_____

Nato il_____a_____(_____)

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 dichiarazione non veritiera, informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;*
- *Di essere residente nel Comune di* _____;

Allega alla presente i seguenti documenti :

a) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
b) Copia attestazione ISEE in corso di validità;
c) Autocertificazione dello Stato di Famiglia;
d) Certificato di invalidità.

N.B. Nel caso ci sia un tutore legale, l'istanza va compilata a nome dello stesso con allegato documento di identità

_____ FIRMA_____