



**Consegnare all'Ufficio Protocollo
Palazzo Municipale**

Spazio per l'etichettatura del Prot.

Aperto dal lunedì al venerdì dalle 10:00 alle 13:00
Martedì dalle 16:00 alle 18:00



**COMUNE DI VILLACIDRO
PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA**

Al Responsabile Servizio Socio Assistenziale
Comune di Villacidro

**Oggetto: Domanda di ammissione allo Spazio Infanzia 3/6 anni - laboratorio
LUGLIO e AGOSTO 2018 - (apertura bando dal 25 maggio al 15 giugno 2018).**
le domande pervenute fuori termine saranno ammesse in base all'ordine di arrivo al
protocollo a copertura dei posti vacanti)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Tel./cell. _____ email _____

Genitore del minore: _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

**L'ammissione del suddetto minore al/ai laboratorio/i del Servizio Spazio
Infanzia 3/6 anni (bambini nati dal 01.01.2012 al 31.12.2014- ovvero
frequentanti la Scuola dell'infanzia)**

BARRARE nella casella a destra IL/I SERVIZIO/I PRESCELTO/I

barrare

INCONTRI D'ARTE GIOCO E CREATIVITA'	LUGLIO dalle ore 7:30 alle ore 14:30 con pranzo	€ 200,00	
	LUGLIO dalle ore 8:30 alle ore 13:30 con pranzo	€ 150,00	
	AGOSTO dalle ore 7:30 alle ore 14:30 con pranzo	€ 200,00	
	AGOSTO dalle ore 8:30 alle ore 13:30 con pranzo	€ 150,00	

Il Dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

il sottoscritto.....

nato a..... il

residente in via

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

che il proprio nucleo familiare come risulta dal certificato dello stato di famiglia è così composto:

n.	Cognome e nome	luogo e data di nascita	rapporto di parentela	Attività lavorativa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

IL DICHIARANTE

(La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione **non va mai autenticata**).

Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali di Legge.

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA DEL NUCLEO FAMILIARE

(Necessaria per l'attribuzione del punteggio)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ il
residente a Villacidro in Via _____

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

- che il figlio per cui si richiede l'iscrizione è portatore di handicap e allega certificato rilasciato dalla A.S.L.;
- che un genitore è portatore di handicap e allega certificato rilasciato dalla A.S.L.;
- che in famiglia esistono n. ____ figli minori portatori di handicap e allega certificato rilasciato dalla A.S.L.;
- la mancanza di un genitore (per vedovanza, perché famiglia monogenitoriale o perché, per motivi diversi, il bambino vive con uno solo dei genitori);

che **il sottoscritto** svolge attività lavorativa come:

a) dipendente

b) autonomo (artigiano, agricoltore, commerciante, libero professionista, ecc.)

tipologia dell'attività: _____ presso la ditta:

nella località di: _____

con il seguenti orari giornalieri: _____ per complessive n. ____ ore settimanali

che il **proprio coniuge/papà/mamma** del bambino svolge attività lavorativa come:

a) dipendente

b) autonomo (artigiano, agricoltore, commerciante, libero professionista, ecc.)

tipologia dell'attività: _____ presso la ditta:

nella località di: _____

con il seguenti orari giornalieri: _____ per complessive n. ____ ore settimanali

IL DICHIARANTE _____

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ne autorizza il trattamento.

IL DICHIARANTE _____