

ALLEGATO A)

Al Comune di Gaeta  
capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5  
per il tramite

del COMUNE di \_\_\_\_\_

**DOMANDA**

per l'ammissione ai Centri socio educativi per minori

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Di partecipare all'Avviso Pubblico Distrettuale per l'inserimento nel Centro Socio Educativo per minori

**DICHIARA**

CHE la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela | Disabilità L.104/92 |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |

**Allega alla presente domanda**

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia del Codice Fiscale o delle Tessera Sanitaria del Richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- Copia del verbale attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge per ciascun componente in possesso del requisito;
- Copia attestazione ISEE del nucleo familiare , in corso di validità
- Attestazione di presa in carico del minore dal Servizio Sociale del Comune di residenza.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

\_\_\_\_\_