

ALLEGATO B)

**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 nascita	di	Data di nascita	Rapporto parentela	di	Disabilità L.104/92

Allega alla presente domanda, compilata in tutte le sue parti, la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio:

- 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
