



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTEALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILASCAFATI

Via Leonardo Da Vinci 5NC

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 minori d'Ambito sito nel Comune di Sant'Egidio del Monte Albino

Il/La sottoscritto/a _____

Nato il _____ a _____ () Residente in _____

Alla Via/Piazza _____ Tel _____

in qualità di genitore del minore _____

Nato a _____ il _____ frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

CHIEDE

Che il minore de quo sia inserito nelle attività del centro Polifunzionale per minori.

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:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità di uno dei due genitori;
- Copia attestazione ISEE in corso di validità;
- Autocertificazione dello Stato di Famiglia.

FIRMA _____