



COMUNE DI
**BORGHO A
MOZZANO**



Al comune di Borgo a Mozzano

Modulo di richiesta d'iscrizione al Centro gioco educativo il Birichino

Il/La Sottoscritto / sottoscritta _____, nato/a
a _____ il _____ residente a _____
genitore del minore _____ nato/a-a
_____ il _____ residente a _____

Recapito telefonico _____ cell _____ Lavoro _____

Dopo avere preso visione del bando e di quanto ivi riportato

CHIEDE

Che il proprio/a Figlio/a venga iscritta al Centro Giochi educativo il Birichino nella fascia oraria e giornaliera di seguito indicata con una crocetta:

- dal Lunedì al Venerdì ore 08.00/13.00
- dal Lunedì al Venerdì ore 08.00/12.00
- dal Lunedì al Venerdì ore 08.00/11.00
- dal Lunedì al Venerdì ore 09.00/13.00
- dal Lunedì al Venerdì ore 09.00/12.00

- Lunedì-Mercoledì-Venerdì ore 08.00/13.00
- Lunedì-Mercoledì-Venerdì ore 08.00/12.00
- Lunedì-Mercoledì-Venerdì ore 08.00/11.00
- Lunedì-Mercoledì-Venerdì ore 09.00/13.00
- Lunedì-Mercoledì-Venerdì ore 09.00/12.00

- Martedì-Giovedì ore 08.00/13.00
- Martedì-Giovedì ore 08.00/12.00
- Martedì-Giovedì ore 08.00/11.00
- Martedì-Giovedì ore 09.00/13.00
- Martedì-Giovedì ore 09.00/12.00

Dichiara di essere nella seguente situazione allegando al presente modulo di iscrizione la relativa l'autocertificazione :

- Essere minore privo di entrambi i genitori;
- Essere minore orfano di un genitore e l'altro impegnato in attività lavorativa;
- Avere certificazione di handicap o di condizione di grave disagio psico-fisico attestato da apposita relazione del Servizio di Neuropsichiatria infantile dell'ASL territoriale competente;
- Essere minore appartenente a famiglia in condizioni socio-economiche disagiate, purchè certificate dal Servizio di Assistenza Sociale del Comune o dell'ASL territoriale competente;
- Avere un genitore inabile o invalido permanentemente e/o incapace di provvedere a se stesso e ai propri bisogni;
- Convivere con parenti in condizione di salute fisica e psichica tale da poter influire negativamente sulla formazione della personalità del minore, certificata dal Servizio di Assistenza Sociale del Comune o dell'ASL territoriale competente;

Il Sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati riportati sul presente modulo ai sensi del D.Lgs 196/03 ;

Data _____

Firma