

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17

COMUNI DI: GIARRE - CALATABIANO - CASTIGLIONE DI SICILIA - FIUMEFREDDO DI SICILIA -
LINGUAGLOSSA - MASCALI - MILO - PIEDIMONTE ETNEO - RIPOSTO - SANT'ALFIO

P.A.C - PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di intervento Servizi di Cura per la prima infanzia (0 -36 mesi)

Indagine conoscitiva finalizzata alla predisposizione di progetti per la realizzazione
di servizi di cura per la prima infanzia (0 - 36 mesi)

Al Sig. Sindaco

COMUNE DI

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a..... (.....)
il .../.../..... residente a (.....)
in via n.....
Codice Fiscale
in qualità diesercente la potestà
genitoriale nei confronti del minorenato a
.....il telefono/.....

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE :

- Erogazione di posti in strutture pubbliche o private convenzionate che offrono servizi di nido o servizi integrativi;
- Erogazione di buoni di servizio a sostegno delle famiglie

A tal fine

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare residente a
in Via

è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

- nel caso di stato di gravidanza indicare il mese di gestazione

ALLEGA alla presente:

- 1 Attestazione ISE ed ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2012 ;
- 2 Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente .

AUTORIZZA

il Comune di al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni di cui sopra, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

.....

(Firma leggibile)

.....