



Comune di Nicosia



Comune di Troina



Comune di Sperlinga



Comune di Capizzi



Comune di Gagliano CF



Comune di Cerami



ASP ENNA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**Distretto Socio Sanitario D/23**

**Comuni di Nicosia capofila, Troina, Capizzi, Gagliano C.to, Cerami, Sperlinga, ASP di Enna**

**OGGETTO: Legge 328/00 – Piano di Zona 2019/2020, 2^ annualità - Azione n. 3 “Educativa domiciliare in favore di nuclei familiari con minori”. Istanza.**

**Al Comune di \_\_\_\_\_**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

nella qualità di  genitore,  tutore,  esercente la potestà parentale del minore o dei minori:

1.(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

2.(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

3.(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**di essere ammesso al Servizio SED in oggetto.**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere in possesso dei requisiti di accesso di cui all'articolo 2 dell'Avviso Pubblico;

Allega alla presente:

- certificazione ISEE, rilasciata ai sensi del D.P.C.M n.159 del 5.12.2013, e relativa DSU;
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- (solo per minori di cui all'articolo 2 lettera c) dell'Avviso Pubblico)* copia del verbale di accertamento dell'invalidità e/o certificazione dello stato di handicap rilasciato ai sensi della Legge 104/92 e/o altra certificazione medica specialistica attestante lo stato di ridotta capacità logico-cognitiva o di certificazione attestante la condizione di DSA o BES.

Il richiedente autorizza il Comune ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge e dall'avviso di cui sopra, nel rispetto dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

**Luogo** \_\_\_\_\_, **data** \_\_\_\_\_

**FIRMA (per esteso e leggibile)**

\_\_\_\_\_