



Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

Allegato C

AVVISO PUBBLICO

ACCORDI TERRITORIALI DI GENERE

Programma di Interventi Sperimentali “Legami”

Selezione di minori fascia d'età 6-36 mesi inserimento “Servizio Ludoteca”

All'Ufficio di Piano/ Ambito Territoriale N 19

Protocollo Generale

Comune di Afragola

Oggetto: Domanda di Accesso al Programma Servizi Sperimentali “Legami” – Servizio Ludoteca

Il/la Sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore del minore _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

per il proprio figlio di num. _____ mesi :

Di poter fruire del “ Servizio Ludoteca” – in favore di nuclei familiari con bambini di età compresa tra i 6 ed i 36 mesi;

di poter fruire del Servizio Baby/Trasporto A/R relativo al “Servizio Ludoteca”.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate agli articoli 46, 47 6 76 del D.P.R. n 445 del 28.12.2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi dichiara:

Di avere almeno un/a figlio/a di età compresa tra i 6 ed i 36 mesi alla data di pubblicazione del presente avviso pubblico;

Di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale N 19;



Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

- Di essere cittadino italiano o di uno Stato Membro dell'Unione Europea o di una Nazione extra-Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- Essere lavoratrice o lavoratore (con qualsiasi tipologia di contratto) e/o in condizione di disabilità e/o con presenza di pesanti carichi familiari (accadimento di familiari anziani e/o disabili);
- Di preferire quale sede del servizio il comune di Afragola Caivano .

A) Dati Anagrafici del Destinatario

Cognome _____ Nome _____

Comune o Stato estero di Nascita _____ Prov. _____

Data di Nascita _____ Recapito Telefonico _____

Comune di Residenza _____ Indirizzo _____ N. _____

B) Composizione Nucleo Familiare

Num.	Cognome	Nome	Ruolo	Luogo e data di nascita

Condizione Occupazionale della Madre _____

Condizione Occupazionale del Padre _____

Sono presenti nel Nucleo Familiare n. _____ Minori Disabili e/o Num. _____ Adulti Disabili

Alla presente si allegano:



Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

- Certificazione ISEE, in corso di validità (anno 2013);
- Fotocopia di un Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Certificazione attestante la condizione di disabilità;
- Certificazione di servizio attestante la condizione lavorativa.

Data _____

Firma
