



# COMUNE DI SAN GIOVANNI IN MARIGNANO

Provincia di Rimini

## ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO PER MINORI IN ETA' 3/6 ANNI

### DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Residente a San Giovanni in Marignano in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ genitore \_\_\_\_\_ avente la rappresentanza \_\_\_\_\_ del minore

### DATI RELATIVI AL MINORE

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a San Giovanni in Marignano in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ la scuola d'infanzia di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'iscrizione del minore sopra indicato al Centro Estivo per minori in età 3/6 anni per i mesi di luglio e agosto, con il seguente orario:  solo mattino  mattino e pomeriggio

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del testo Unico emanato con D.P.R. 26.12.2000 n° 445 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARA QUANTO SEGUE:  
(barrare le caselle corrispondenti alla propria situazione)

	Si	No	p
Genitori entrambi impegnati in attività lavorativa			4
Orfani di padre e/o di madre			6
Figli di genitori separati o divorziati			5
Bambini in affidamento o in adozione			2
Bambini con necessità di socializzazione documentati dall'A.U.S.L. o segnalati dall'Assessorato ai Servizi Sociali			3
Entrambi i genitori con sede di lavoro fuori Comune			1
Uno o entrambi i genitori con gravi documentati problemi di salute che richiedano assistenza continuativa			6
Figli di ragazza madre che non presenti situazione di convivenza			6
Senza nonni/nonni in cattivo stato di salute/non residenti nel Comune/impegnati in attività lavorativa			2

Segnala inoltre che: Trattasi di minore con disabilità \_\_\_\_\_  
necessita di insegnante dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
non necessita di insegnante di sostegno  
il minore necessita di dieta speciale (effettuare specifica segnalazione alla Azienda U.S.L.)

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
(da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del personale incaricato della ricezione o da inviare unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità)