



Al Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Dott. Michele Maria Ippolito

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI PSICOMOTRICITA' -
ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

__L__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il _____

C.F. _____

e residente in _____

Via _____ Tel _____

E-MAIL _____

Genitore del minore

Cognome _____ Nome _____

nat__ a _____ il _____

C.F. _____

CHIEDE DI ADERIRE

Al servizio di psicomotricità per minori tra gli otto mesi e gli otto anni promosso dall'Ambito N28.

All'uopo dichiara,

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- Di essere appartenente a nucleo familiare percettore di Reddito di Cittadinanza.

Si allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento del dichiarante e del minore beneficiario.

Luogo e data

Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati particolari ai sensi del reg.EU 679/2016 (GDPR) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e succ. mod

Luogo e data

Firma
