**Allegato B)**

**Al Signor SINDACO**

**Del Comune di San Severo**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA COLONIA SEMI RESIDENZIALE O RESIDENZIALE ESTIVA PER MINORI RESIDENTI NEL COMUNE DI SAN SEVERO**

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

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore /esercente responsabilità genitoriale

del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contatti telefonici: Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’ammissione del/la proprio/a figlio/a:

**□ alla colonia estiva semi residenziale per minori dagli 8 ai 13 anni che si svolgerà a Marina di Lesina (FG) presso una struttura balneare per la settimana:**

* **dal 17 al 22 giugno 2024 (1° turno)**
* **dal 24 al 29 giugno 2024 (2° turno)**

**□ alla colonia estiva residenziale per minori dai 14 ai 17 anni che si svolgerà a Vieste presso Baia Falcone (FG) dal 28 giugno al 05 luglio 2024.**

A tal fine dichiara che il proprio ISEE ammonta ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sottoscritto dichiara altresì che (barrare solo l’opzione che interessa)

□ il proprio nucleo familiare è percettore di una misura di sostegno al reddito (ADI, SFL, RED 3.0)

□ il proprio nucleo è in carico dai Servizi Sociali.

Si allega la seguente documentazione:

* Attestazione I.S.E.E. anno 2024;
* Fotocopia del documento di riconoscimento del genitore dichiarante;
* Scheda sanitaria del minore redatta dal pediatra/medico di medicina generale con particolare riferimento ad eventuali allergie e/o intolleranze.

Il richiedente dichiara di avere conoscenza che, ai sensi dell’articolo 4, comma 8 del D. Lgs. 109/98 e successive modificazioni, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Il richiedente autorizza, altresì, il Comune a utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima, il tutto nel rispetto dei limini posti dal GDPR 679 del 2016.

San Severo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B: da presentare entro le ore 12:00 di VENERDI’ 31 MAGGIO 2024 all’Ufficio Protocollo Generale del Comune di San Severo, sito in piazza Municipio, 1.assistentisocialisansevero@gmail.com**