

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
AL PROGETTO "IL GIARDINO DEI SORRISI - LUDOTICA COMPORTAMENTALE"**

*Al Settore Servizi Sociali  
Comune di Catanzaro*

**Oggetto: richiesta ammissione al Progetto "Il Giardino dei Sorrisi - Ludoteca Comportamentale"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_

**Chiede l'ammissione al Progetto "Il Giardino dei Sorrisi - Ludoteca Comportamentale"**

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

**ALLEGA alla presente**

- 1) autocertificazione secondo il modello allegato alla domanda di partecipazione (relativa ai dati personali, alla residenza, all'inserimento/frequenza di servizi di riabilitazione, a problematiche mediche particolari);
- 2) fotocopia documento identità dei genitori;
- 3) modello ISEE in corso di validità;
- 4) diagnosi funzionale del minore, rilasciata da un neuropsichiatra infantile o centro di neuropsichiatria infantile.

**AUTORIZZA**

Il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del progetto di che trattasi, ai sensi del D.Lgs: 101/18 del 10 Agosto 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 2 legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato dall'art. 3, comma 10,  
Legge 15.05.1997, n. 127 dal D.P.R. 20.10.1998, n. 403 e succ. modifiche e integrazioni)

I Sottoscritti \* \_\_\_\_\_ e \* \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_  
Numero di telefono \* \_\_\_\_\_, Indirizzo e-mail \* \_\_\_\_\_

consapevoli che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARANO

- 1) Che il nucleo familiare ha residenza nel comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_);
- 2) Che il/la suddetto/a figlio/a ha ricevuto una diagnosi di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
rilasciata da \_\_\_\_\_;
- 3) Di essere disponibile a partecipare attivamente al percorso, con presenza agli incontri settimanali;
- 4) Che il/la suddetto/a figlio/a frequenta i seguenti servizi di riabilitazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- 5) Dichiaro inoltre la sussistenza delle seguenti problematiche mediche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del padre  
(per esteso e leggibile)\*

Firma della madre  
(per esteso e leggibile)\*

\* Dati obbligatori

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455