



ALLEGATO A

AVVISO PUBBLICO PER IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI AFFERENTI LE POLITICHE PER LA FAMIGLIA DEL 28 DICEMBRE 2017, GU N. 6 DEL 9 GENNAIO 2018 - LINEA DI INTERVENTO D - PROGETTO "FAMILY CARD" CUP: J39D19000110001

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "FAMILY CARD"

"Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia"

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____ | ____ | ____ |
Nazionalità _____ C.F. ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |
____ | e residente in _____ Via _____
n° _____ Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

di aderire al progetto Family Card della Società Cooperativa Sociale TEAM – Ti Educa A Migliorare in ATS con il Comune di Camporotondo Etneo e al rilascio della tessera. A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 del T.U. emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1. di essere residente nel Comune di Camporotondo Etneo;
- 2. che il proprio nucleo familiare è composto da:

- nome _____ cognome _____ nascita ____ | ____ | ____ |
grado di parentela _____.

- nome _____ cognome _____ nascita ____ | ____ | ____ |
grado di parentela _____.

- nome _____ cognome _____ nascita ____ | ____ | ____ |
grado di parentela _____.

- nome _____ cognome _____ nascita ____ | ____ | ____ |

grado di parentela _____.

-nome _____ cognome _____ nascita ____|____|____|

grado di parentela _____.

-nome _____ cognome _____ nascita ____|____|____|

grado di parentela _____.

-nome _____ cognome _____ nascita ____|____|____|

grado di parentela _____.

-nome _____ cognome _____ nascita ____|____|____|

grado di parentela _____.

-nome _____ cognome _____ nascita ____|____|____|

grado di parentela _____.

3. di avere un reddito ISEE uguale a _____ euro;

4. di non percepire Rdc o altra forma di ammortizzatore sociale superiore a € 500,00;

5. di indicare come recapito per l'invio delle comunicazioni:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ n. _____ città _____ prov. _____ cap _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Alla presente domanda si allega, a pena di esclusione, copia di:

- Documentazione ISEE;
- Carta d'identità;
- Certificazione di handicap – Legge 104/92 (ove presenti disabile/i nel nucleo familiare)

Data

Firma _____