|  |  |
| --- | --- |
| Sociale Professionale_foto_allegato | **COMUNE DI PONTINIA**  **PROVINCIA DI LATINA**  **04014 - Piazza Indipendenza, 1 - P.I.: 00321860595**  **SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA**  **e-mail:** servizisociali@comune.pontinia.lt.it |

Al Responsabile del 2° Settore

Servizi alla Persona

Comune di Pontinia

**OGGETTO:** RICHIESTA SERVIZIO ATTIVITA’ DIDATTICHE E RIABILITATIVE

° ATTIVITA’ DIDATTICA

° ATTIVITA’ RIABILITATIVA

**DATI DEL GENITORE**

**Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI DEL MINORE**

**Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto alla Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

CHIEDE

**L’ammissione al voucher per attività didattiche e riabilitative per il periodo ottobre 2016- maggio 2017**

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000) autorizzando nel contempo la raccolta dei dati per l’emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell’art. 10 della legge 675/’96.

**DICHIARA**

* Che il proprio figlio usufruirà del servizio doposcuola presso la struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che il proprio figlio usufruirà del servizio riabilitativo avvalendosi del professionista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o della struttura sanitaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che il percorso riabilitativo per il proprio figlio è stato prescritto dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che l’indicatore I.S.E.E mella sezione “ **prestazioni rivolte a minorenni** ” del proprio nucleo familiare in corso di è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Dichiara inoltre di impegnarsi a presentare, ai fini del rimborso del voucher, documentazione fiscale, originale quietanzata, dal 1 al 5 del mese successivo all’erogazione della prestazione, presso la struttura preposta.

Pontinia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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