

AMBITO TERRITORIALE N.26
Capofila: Comune di San Giuseppe Vesuviano (NA)

MANIFESTAZIONI DI INTERESSE
*rivolto alle famiglie residenti nell'Ambito Territoriale N14, con bambini in età utile per la
frequenza di un asilo nido o micro-nido*
Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 10 del 05/02/2018
BURC n. 10 del 5 Febbraio 2018

Spett. le AMBITO TERRITORIALE N26
Capofila Comune di San Giuseppe Vesuviano

Il/La sottoscritto/a

Nato/a Il
.....

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

In qualità:

- genitore
- tutore
- affidatario

del/dei minore/i

1) Cognome Nome

Nato/a Il anni compiuti

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

2) Cognome Nome

Nato/a Il anni compiuti

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

3) Cognome Nome

Nato/a Il anni compiuti

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

MANIFESTA L'INTERESSE

Alla iscrizione nella Lista alle famiglie residenti nell'Ambito Territoriale N26, con bambini in età utile per la frequenza di un asilo nido o micro-nido, al fine di usufruire dei voucher di servizio di cui al Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 10 del 05/02/2018. A tal fine dichiara ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

odi avere un ISEE pari a € _____

odi essere residente nel Comune di _____

- che nel nucleo familiare sono presenti n.....minori di cui n.....con disabilità;
- di essere famiglia monoparentale.
- che il/i minore/i risulta/no essere figlio/i di un solo genitore
- che il/i minore/i risulta/no essere figlio/i di genitori entrambi lavoratori anche se divorziati o legalmente separati;
- che il/i minore/i risulta/no essere figlio/i di genitori di cui uno con lavoro fisso e l'altro con occupazione occasionale o disoccupato;
- che il/i minore/i risulta/no essere figlio/i di genitori entrambi disoccupati.

Si rammenta che l'ordine di precedenza, a parità delle suddette condizioni, è determinato in successione da:

1. minor reddito determinato dal modello ISEE corrente redatto secondo i parametri vigenti;
2. minore età del bambino da ammettere;
3. maggior numero di figli in età prescolare;
4. conviventi bisognosi di assistenza (documentata da certificazione medica rilasciata da strutture pubbliche).

Si allega alla presente:

- ISEE in corso di validità;
- Carta d'identità del richiedente

Luogo e data

firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

Data, ____ / ____ / ____

firma
