

**RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA COMUNALE
PER LA SELEZIONE DEI MINORI DESTINATARI
DEL SERVIZIO DI COLONIA MARINA DIURNA PER L'ESTATE 2024**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ alla via _____
Codice Fiscale _____, telefono _____
cellulare _____, e-mail _____
in qualità di _____ del minore _____
nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____;

CHIEDE

- che il/la proprio/a figlio/a sia inserito in graduatoria per la frequenza della colonia marina diurna, preferibilmente nel seguente periodo (*barrare max n. 3 preferenze a bambino segnando accanto 1S, 2S o 3S*):
- 1° turno (17-22 giugno 2024);
 - 2° turno (24-29 giugno 2024);
 - 3° turno (1-6 luglio 2024);
 - 4° turno (8-13 luglio 2024);
 - 5° turno (15- 20 luglio 2024);
 - 6° turno (22-27 luglio 2024);
 - 7° turno (29 luglio-3 agosto 2024).

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n.445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa",

- consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace,
- consapevole che l'Amministrazione Comunale è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese,
- consapevole che la dichiarazione che si rivelasse mendace comporterà la decadenza dall'assegnazione del posto;

DICHIARA

- 1)** di aver preso visione dell'Avviso Pubblico, di accertarne tutte le condizioni;
- 2)** di essere informato che, per la frequenza della colonia marina diurna, promossa dal Comune di Ginosa:
 - a)** è prevista una quota di compartecipazione settimanale a carico del genitore, definita in base al valore I.S.E.E (da 0 € a 10.000 €- 20 €, da 10.001 € a 25.000 €- 40 €, da 25.001 € a 35.000 €- 60 €, oltre 35.000 € o senza presentazione attestazione I.S.E.E.- 80 €) e ridotta del 50% per ogni figlio iscritto successivo al primo, da versare alla tesoreria del Comune entro 3 giorni dall'inizio della colonia;
 - b)** l'Ufficio provvederà all'abbinamento minore-turno secondo l'ordine di graduatoria, riservandosi la facoltà di assegnare al partecipante un turno diverso da quello prescelto per esigenze di equa distribuzione dei posti sui sette turni;

c) esaurita la graduatoria, l'eventuale copertura di turni incompleti avverrà scorrendo nuovamente la graduatoria e permettendo al minore di frequentare un secondo turno;

3) che, al fine dell'attribuzione del relativo punteggio, sussistono le condizioni di seguito riportate (barrare con una X la/le caselle che interessano):

- il minore per il quale viene richiesta l'iscrizione al servizio è portatore di handicap (L. 104/92 art.3) o titolare di indennità di frequenza (L.289/90), riconosciuti tali dalle competenti Commissioni e/o da certificato (allegare certificazione rilasciata dalla competente Struttura Sanitaria Pubblica);
- il nucleo familiare è seguito dal Servizio Sociale Professionale comunale;

4) che il nucleo familiare del minore risulta così composto:

MADRE

(compilare solo se convivente con il minore)

Nome e cognome: _____

Codice fiscale: _____

- In stato di gravidanza (condizione attestata da certificato rilasciato da competente autorità sanitaria)
- Con disabilità riconosciuta al ____%
- Lavoratrice (dipendente/autonoma/libero professionista):
 - professione _____
 - sede di lavoro (indicare il Comune o frazione) _____
 - orario di lavoro _____

(solo se trattasi di lavoratrice dipendente)

- datore di lavoro _____
- decorrenza del rapporto di lavoro dal _____ al _____
- Studentessa *non occupata* iscritta _____
- Disoccupata/inoccupata

PADRE

(compilare solo se convivente con il minore)

Nome e cognome: _____

Codice fiscale: _____

- Con disabilità riconosciuta al ____%
- Lavoratore (dipendente/autonomo/libero professionista):
 - Professione _____
 - sede di lavoro (indicare il Comune o frazione) _____
 - orario di lavoro _____

(solo se trattasi di lavoratore dipendente)

- datore di lavoro _____
- decorrenza del rapporto di lavoro dal _____ al _____
- Studente *non occupato* iscritto _____
- Disoccupato/inoccupato

FRATELLO/SORELLA

(compilare solo se convivente con il minore)

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

- Con disabilità riconosciuta al ____%

FRATELLO/SORELLA

(compilare solo se convivente con il minore)

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Con disabilità riconosciuta al ____%

FRATELLO/SORELLA

(compilare solo se convivente con il minore)

Nome e cognome: _____,

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____,

Con disabilità riconosciuta al ____%

FRATELLO/SORELLA

(compilare solo se convivente con il minore)

Nome e cognome: _____,

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____,

Con disabilità riconosciuta al ____%.

Si autorizza altresì il trattamento dei propri dati che si svolgerà nel rispetto del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 c.d GDPR e del Decreto Legislativo n.196/2003 e s.m.i.

Si allegano:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità;
- Copia fotostatica delle tessere sanitarie del dichiarante e del minore;
- Attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità;
- Documentazione, utile a comprovare il possesso di specifiche condizioni (grado di disabilità del minore, grado di disabilità componente del nucleo, stato di gravidanza, ecc.)

Lì, _____ / _____ / _____	Il dichiarante
---------------------------	----------------