

DICHIARAZIONE PER COMPILAZIONE EVENTUALE LISTA DI ATTESA

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto previsto dagli artt. 75,76 del D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA :

- Bambino portatore di handicap
- Età 3 anni al 31/12/2017
- Età 3 anni entro il 30/04/2018
- Famiglia monoparentale (1 solo genitore)
- Famiglia con entrambi i genitori che lavorano
- Presenza di fratelli che frequentano la stessa scuola e/o istituto
- Nonni residenti nel bacino di utenza che accudiscono il/la nipote durante la giornata

Nominativo \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Ancona, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_