



All'Istituto Comprensivo Perugia 14
Via della Trota, 12 – 06134 Perugia
Mail pgic85300b@istruzione.it
All'attenzione del
Dott. Michele Baldassari

COD.PROGETTO: 2022-TUT-01432

Oggetto: **Candidatura per l'avviso di selezione degli famiglie beneficiari delle azioni del progetto "SustainAbility. Sperimentazione di un modello di inclusione, sostenibile e personalizzato".**

Il/La Sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'assegnazione dei servizi di sostegno alla famiglia nell'ambito del Progetto **"SustainAbility. Sperimentazione di un modello di inclusione, sostenibile e personalizzato"**

A tal fine, ai sensi degli art. 19, 19 bis, 46 e 47 del D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. suddetto in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA

Nome e Cognome _____

C.F. _____ nata/o a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____ e _____

Prov. _____

Via _____ N. _____ CAP _____

Recapito Telefonico di riferimento _____

e-mail per comunicazioni _____

di aver comunicato ed informato l'altro Genitore/Adulto Affidatario:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

Prov. _____ Recapito Tel. _____

Di agire in qualità di:

- ☐ Genitore
- ☐ Tutore
- ☐ Adulto affidatario

Data / /

Firma

del Minore:

Nome e Cognome _____

C.F. _____ nata/o a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____

Via _____ N. _____ CAP _____

frequentante la classe _____ dell'I.C. Perugia -----.

Dichiara inoltre che (contrassegnare con una X la risposta scelta);

Il nucleo familiare del Minore per cui si presenta la domanda è composto da N. _____ figli in età scolare (da 3 a 16 anni) e da N. _____ genitori;

- ☐ Uno dei due genitori si trova in stato disoccupazione e/o cassaintegrazione;
- ☐ Entrambi i genitori si trovano in stato di disoccupazione e/o cassaintegrazione;
- ☐ Il nucleo familiare del Minore ha un ISEE inferiore ad €. 25.000.00 (venticinquemila/00) che ammonta ad €. _____ (Allegare attestazione);
- ☐ Il Minore ha certificazione L.104/'92;
- ☐ Il Minore ha Disturbi Evolutivi Specifici, ovvero:
 - ☐ Disturbi Specifici di apprendimento;
 - ☐ Disturbo Specifico del Linguaggio;
 - ☐ Disturbo non Verbale.

Si richiede l'attivazione dei seguenti

Contrassegnare con una X una o più opzioni

Respite Care	
Gruppo di Auto Mutuo Aiuto	
Laboratorio per Siblings	

servizi:

Ho la possibilità di spostarmi in autonomia con mezzo proprio SI NO

Fratelli/Sorelle per cui si richiede l'attivazione del Servizio Siblings:

1 Fratello/Sorella anno di nascita _____

2 Fratello/Sorella anno di nascita _____

3 Fratello/Sorella anno di nascita _____

4 Fratello/Sorella anno di nascita _____

I dati saranno trattati ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016:

Il/La Sottoscritto/a _____ allega:

- 1) Domanda di partecipazione selezione alunni redatta su apposito modello;
- 2) Dichiarazione situazione reddituale;
- 3) Documento d'Identità del richiedente

Data / /

Firma