

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, nazione _____,

il _____, residente a _____

in via/piazza _____ n. _____,

CODICE FISCALE (dichiarante)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle **sanzioni penali** richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che i dati e le informazioni riportate nel "Modulo richiesta di iscrizione" al Centro Estivo CovidFree "KinderCamp" 2020 sono veritiere;
- che il bambino/a per il quale si richiede l'iscrizione frequenta la scuola dell'INFANZIA (3-6 anni) o della PRIMARIA (6-11 anni) e risiede regolarmente sul territorio del Municipio XIII di Roma Capitale;
- che non ha presentato domanda per l'assegnazione del BONUS BABY SITTER PER CENTRI ESTIVI INPS e/o del VOUCHER PER LA FREQUENZA DI CENTRI ESTIVI DELLA REGIONE LAZIO;
- che, ai fini della definizione della graduatoria, risultano presenti i seguenti elementi:

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

A	MINORE CONVIVENTE CON UN SOLO GENITORE (nucleo monogenitoriale): <ul style="list-style-type: none">▪ minore riconosciuto da un solo genitore e con esso convivente▪ minore convivente con genitore vedovo▪ minore con affidamento esclusivo al solo genitore convivente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B	MINORE IN AFFIDAMENTO EXTRA FAMILIARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C	NUMERO FIGLI nella FASCIA 0-14 presenti nel nucleo familiare (indicare il numero complessivo)	N.	

CONDIZIONI FISICHE E/O PSICHICHE INVALIDANTI

D	NUCLEO FAMILIARE CON GENITORE O FIGLIO (diverso dal minore che deve essere iscritto al Centro Estivo) con condizioni fisiche o psichiche invalidanti riconosciute dalla Commissione ASL uguali o superiori all'80%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E	MINORE che deve essere iscritto al Centro Estivo con condizioni fisiche o psichiche invalidanti riconosciute dalla Commissione AS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CONDIZIONE LAVORATIVA

F	Lavorano entrambi i genitori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
G	Lavora il solo genitore (nuclei monogenitoriale)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
H	Lavora solo uno dei genitori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	Il solo genitore (nuclei monogenitoriale) o entrambi i genitori risultano disoccupati/pensionati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SITUAZIONE ECONOMICA (ISEE 2019)

L	ISEE compreso tra Euro 0 e Euro 10,000	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
M	ISEE compreso tra Euro 10,000 e Euro 15,000	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N	ISEE sopra i 15.000 Euro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Roma _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dal dichiarante unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità. E' ammessa la presentazione anche via e.mail all'indirizzo info@peopletakecare.it