



## DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO FAMILY+

Anno educativo 2019/2020

Da inviare a [family@aribandus.com](mailto:family@aribandus.com)

Ai fini dell'iscrizione alle attività previste dal progetto FAMILY +, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dichiara:

### DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

IL SOTTOSCRITTO/A:  NATO/A A:  IL   
NAZIONE:  CITTADINANZA  C.FISCALE   
RESIDENTE A:  PROV.  INDIRIZZO:  N°

### DATI DI CONTATTO

TEL  CELL  EMAIL

### TITOLO DI STUDIO

DIPLOMA  LAUREA TRIENNALE  LAUREA MAGISTRALE  ALTRO

### OCCUPAZIONE

TEMPO PIENO  PART TIME  DISOCCUPATO/A ISCRITTO/A CENTRO IMPIEGO  NON OCCUPATO/A

*comunica inoltre i dati relativi all'altro genitore*

### DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME:  NATO/A A:  IL   
NAZIONE:  CITTADINANZA  C.FISCALE   
RESIDENTE A:  PROV.  INDIRIZZO:  N°

### OCCUPAZIONE

TEMPO PIENO  PART TIME  DISOCCUPATO/A ISCRITTO/A CENTRO IMPIEGO  NON OCCUPATO/A

### IL/LA RICHIEDENTE IN QUALITÀ DI

MADRE  PADRE  TUTORE  AFFIDATARIO/A

### CHIEDE

AMMISSIONI  RINNOVO

### PER



**DATI ANAGRAFICI DEL/LA FIGLIO/A**

**NOME E COGNOME:** \_\_\_\_\_ **NATO/A A:** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**NAZIONE:** \_\_\_\_\_ **CITTADINANZA** \_\_\_\_\_ **C.FISCALE** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A:** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_ **INDIRIZZO:** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_

**ULTERIORI DATI INFORMATIVI**

Il/la bambino/a è portatore di disabilità certificata  SI  NO

La famiglia è monogenitoriale  SI  NO

La famiglia è seguita dai Servizi Sociali  SI  NO

Nome Ass. Sociale \_\_\_\_\_

Indicare eventuali altri figli in famiglia:

1 nato il \_\_\_\_\_  2 nato il \_\_\_\_\_  3 nato il \_\_\_\_\_  4 nato il \_\_\_\_\_  5 nato il \_\_\_\_\_

**SERVIZI EDUCATIVI AI QUALI SI è INTERESSATI :**

L'iscrizione ai singoli servizi dovrà essere successivamente formalizzata tramite MODULO ONLINE.

- SPAZIO MAMME (0/12 mesi) fascia oraria  mattina
- TEMPO PER LE FAMIGLIE (12/36 mesi) fascia oraria  mattina  pomeriggio
- SPAZIO GIOCO (3/7 anni) fascia oraria  pomeriggio
- COUNSELLING GENITORI -caffè pedagogico fascia oraria  mattina  pomeriggio
- FORMAZIONE GENITORI fascia oraria  mattina  pomeriggio  sera
- CENTRI ESTIVI 3/6 ANNI

**DICHIARA INOLTRE:**

- di aver preso visione del contenuto dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente domanda (rif. Artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679);
- di voler ricevere la NEWSLETTER mensile Family+ con il programma delle attività educative e formative;
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione di quanto dichiarato nella presente domanda;
- di aver letto le modalità di partecipazione al progetto Family+;
- che il minore di cui si chiede l'iscrizione è in regola con gli obblighi vaccinali così come previsti dalla normativa vigente;

**Data** \_\_\_\_\_ (firma leggibile) \_\_\_\_\_

(Allegare copia del documento di Identità in corso di validità)

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA:**

**Card Family + n°** \_\_\_\_\_

**Rilasciata nell'anno educativo** \_\_\_\_\_