

# ISTITUZIONE XIX " VESTINA "

Via Regina Margherita 6 – 65010 Carpineto della Nora ( Pe ) –085849138 Fax 085849560

Pec: istituzioneXIXvestina@legalmail.it mail: istituzione19vestina@virgilio.it

– C.F. 91143180684

## RICHIESTA ISCRIZIONE CENTRO DIURNO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)	
NATO/A	PROV. ( ) (PER GLI STRANIERI INDICARE LO STATO DI NASCITA)	
IL	RESIDENTE NEL COMUNE DI	
VIA	N.	C.A.P.
TEL.	CODICE FISCALE	

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 - *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

### CHIEDE

di essere inserito presso il Centro Diurno per Anzini con sede in Penne contrada Collato 1/A

A tal fine.

### DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di permesso di
- di avere la residenza anagrafica nel comune di
- che il reddito annuo complessivo del nucleo familiare relativo all'anno \_\_\_\_\_ così come determinato quale indicatore socio - economico equivalente (I.S.E.E.), è pari ad € \_\_\_\_\_
- di essere già a carico dei servizi sociali del comune di \_\_\_\_\_

### SI ALLEGA:

-Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;

fotocopia codice fiscale; -fotocopia tessera sanitaria;

Modello I.S.E.E. riferita ai redditi dell'anno 2024, rilasciata da organismo autorizzato;

certificato medico attestante la natura dell'handicap, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

documentazione sanitaria integrativa comprendente certificato medico specialistico;

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_