

Al Sindaco del Comune di Taormina

**Oggetto: Domanda di iscrizione al Programma Nazionale Servizi di Cura all'Infanzia – Progetto PAC infanzia mesi 10 (dieci) 1° settembre 2017 - 30 giugno 2018 presso il Comune di Taormina.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ venga ammesso/a al

Progetto PAC infanzia.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;

- Che il proprio nucleo familiare è così costituito:

Cognome e Nome	Relazione di parentela	Data di nascita	Lavoratore SI - NO

Si allega:

1. attestazione di lavoro di entrambi genitori;
2. I.S.E.E. (relativa all'anno precedente) di entrambi genitori;
3. copia libretto di vaccinazione;

**Nel caso di famiglie non residenti** ma uno dei genitori presta attività lavorativa nel Comune di Taormina, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 dichiara di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Relazione di parentela</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Lavoratore SI - NO</b>

Si allega:

1. attestazione di lavoro di entrambi genitori;
2. I.S.E.E. (relativa all'anno precedente) di entrambi i genitori;
3. copia del libretto di vaccinazione;

<b>Cognome e Nome del Pediatra</b>	<b>Numero di telefono o cellulare del Pediatra</b>	<b>Eventuali intolleranze alimentari o particolari patologie</b>	<b>Segnalazioni particolari</b>

Taormina \_\_\_\_\_

Firma