

Al Distretto Socio Sanitario AOD2

Comune Capofila Santa Elisabetta

Tramite il Comune di Joppolo Giancaxio

OGGETTO: domanda per la fruizione del servizio di Assistenza Educativa Domiciliare/Territoriale per minori in ambito extrascolastico

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____ tel/cell _____

Genitore di _____ nato/a a _____ il _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

Genitore di _____ nato/a a _____ il _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

Genitore di _____ nato/a a _____ il _____

Frequentante la scuola _____ classe _____, in riferimento al Servizio di Assistenza Educativa Domiciliare/Territoriale per minori in ambito extrascolastico

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Parentela	Titolo di studio	Situazione lavorativa

di ESSERE/NON ESSERE titolare del Reddito di Cittadinanza

che il/la proprio/a figlio/a ha una disabilità certificata SI NO

di voler fruire del predetto servizio

motivo della richiesta _____

altre dichiarazioni

Allegati:

Copia del documento di riconoscimento

Joppolo Giancaxio _____

Il Dichiarante
