



AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila
Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola



**"Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità"
in attuazione della D.G.R. 127 del 15 marzo 2022 - D.D. n 348 del 12/10/2022
CUP I31H22000130002**

ALLEGATO A – MINORI con DISABILITA'

**Spett. Comune di Casaluce
Via Salvatore Allende, 4 – Casaluce (CE)
Pec protocollo@pec.comune.casaluce.ce.it**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'AMMISSIONE AI LABORATORI SPORTIVI
GRATUITI PER MINORI DAI 8 AI 13 ANNI**

Il/La sottoscritto/a (*dati del genitore o chi esercita la potestà sul minore*) _____,

nato/a a _____ (____), il _____, e residente a

_____ (____), in _____ via

_____, CAP _____, Telefono

_____, Cellulare _____, e.mail _____,

Codice Fiscale _____ .in qualità di:

- ☐ Padre;
- ☐ Madre;
- ☐ Chi ne esercita la potestà;

del minore (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ (____), il _____, Codice Fiscale

CHIEDE

- ☐ di essere ammesso/a a partecipare alla selezione del laboratorio gratuito sportivo

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e informato su quanto previsto dal D.lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali):

DICHIARA (*barrare solo l'ipotesi che ricorre*)

- ☐ di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne integralmente il contenuto;
- ☐ di avere un figlio in una fascia di età tra gli 8 e i 13 anni;
- ☐ che il/la proprio/a figlio/a è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92

DOCUMENTI ALLEGATI

- ⑤ *Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del genitore;*
- ⑤ *Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del minore;*
- ⑤ *Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza ai sensi della L. 104/92;*
- ⑤ *Certificazione medica rilasciata dal pediatra di libera scelta o dal medico curante attestante la compatibilità della disabilità con la partecipazione al laboratorio per le discipline sportive;*
- ⑤ *Allegato C - Liberatoria per l'utilizzo delle immagini di minorenni;*

NB. Barrare solo le caselle relative alle documentazioni prodotte.

Il/La sottoscritto/a autorizza l' Ambito Territoriale C06 e l'A.S.D. Basket Succivo, in qualità di partner soggetto responsabile del laboratorio, al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 contenuti nella presente domanda e nei relativi documenti allegati.

(Luogo e data)

Il dichiarante

Firma