



REGIONE PUGLIA



Modulo 1

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL PROGETTO “SOCIALIZZAZIONE SENZA BARRIERE” VOLTO ALLA CREAZIONE DI UNO SPAZIO DI SCAMBIO, DI EDUCAZIONE E DI CONVIVENZA TRA ANZIANI E MINORI DISABILI

RICHIESTA DI ADESIONE MINORE

Cognome e nome del **padre** _____

nato a _____ il _____ e residente in _____
_____ alla via _____ n° _____

cell: _____ CF _____,

Cognome e nome della **madre** _____

nata a _____ il _____ e residente in _____
_____ alla

via _____

n.cell: _____ CF _____,

Cognome e nome del **tutore/curatore/amministratore di sostegno** _____

nato a _____ il _____ e residente in _____
_____ alla

via _____

n.cell: _____ CF _____,

in qualità di genitori /tutore/ curatore/amministratore di sostegno legale del **minore**:

Nome: _____

Cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

DICHIARANO

- di voler aderire al progetto denominato “Socializzazione senza barriere”, promosso dall’Ambito Territoriale Sociale di Gagliano del Capo nell’ambito delle tematiche dell’invecchiamento attivo e della disabilità;
- di essere a conoscenza che la richiesta di accesso sarà sottoposta preventivamente a valutazione di natura sociale e sanitaria.

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno _____

Da compilare se il modulo è firmato da un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in assenza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316- 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma di un genitore _____

Si allega copia del documento di riconoscimento del genitore/tutore