

Spett.le
COMUNE DI CAPO d'Orlando Via
Vittorio Emanuele, s.n
Capo d'Orlando
Alla C. A.
Area Socio Assistenziale

CONTRIBUTI A FRONTE DI SPESE SOSTENUTE DALLE FAMIGLIE PER LA PARTECIPAZIONE DEI FIGLI MINORI FREQUENTANTI LE ATTIVITÀ ORGANIZZATE DAI CENTRI ESTIVI, DAI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI TERRITORIALI E DAI CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA DESTINATI A MINORI DI ETÀ COMPRESA FRA 03 MESI E 17 ANNI - PERIODO GIUGNO-OTTOBRE 2025 - FONDI ASSEGNATI CON DECRETO DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MISNISTRI DEL 25 GIUGNO 2025.

ANNO 2025

MODULO DOMANDA

DATI DEL GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Io sottoscritto

Cognome e nome														
Codice fiscale														
Luogo di nascita									Data di nascita					
Via/Piazza									N° civico					
Comune di residenza	Capo d'Orlando								Provincia	ME				
Telefono							Cell.:							
e-mail:														
pec:														

in qualità di:

- genitore dei minorenni presenti nel proprio nucleo familiare anagrafico
 rappresentante legale o soggetto affidatario per i minorenni

CHIEDE

l'erogazione del contributo per la frequenza al* (barrare la casella di interesse) - PERIODO GIUGNO/OTTOBRE 2025;

- CENTRI ESTIVI;
 SERVIZI SOCIOEDUCATIVI TERRITORIALI;
 CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA;

per il/i proprio/i figlio/i (da inserire dal minore al maggiore d'età):

DATI DEI MINORI

1° FIGLIO

Cognome e Nome														
Codice Fiscale														
Luogo di Nascita									Data di nascita					
Via di residenza									Provincia					
ISCRIZIONE:	<input checked="" type="checkbox"/> FASCIA tre mesi-3 anni								<input checked="" type="checkbox"/> FASCIA 3-17					
DENOMINAZIONE														
Periodo di frequenza	dal..... al..... dal..... al.....													
Retta pagata	€.													

2° FIGLIO

Cognome e nome														
Codice fiscale														
Luogo di nascita									Data di nascita					
Via di residenza									Provincia					
ISCRIZIONE:	<input checked="" type="checkbox"/> FASCIA tre mesi-3 anni								<input checked="" type="checkbox"/> FASCIA 3-17					
DENOMINAZIONE														
Periodo di frequenza	dal..... al..... dal..... al.....													
Retta pagata	€.													

3° FIGLIO

Cognome e nome														
Codice fiscale														
Luogo di nascita									Data di nascita					
Via di residenza									Provincia					
ISCRIZIONE:	<input checked="" type="checkbox"/> FASCIA tre mesi-3 anni								<input checked="" type="checkbox"/> FASCIA 3-17					
DENOMINAZIONE														
Periodo di frequenza	dal..... al..... dal..... al.....													
Retta pagata	€.													

