ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 8
Ministero dell'Istruzione
Via F. Gregorovius - 06127 Perugia (PG)
Tel.: 075 5008870 - Fax. 075 5004544
e-mail: pgic85800e@istruzione.it - pec: pgic85800e@pec.istruzione.it
C.F. 94152480540 - C.U.: UFXXQM

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Perugia 8

COD. PROGETTO: 2022-TUT-01432

Oggetto: **Candidatura per l'avviso di selezione delle Famiglie beneficiarie delle azioni del progetto "SustainAbility. Sperimentazione di un modello di inclusione, sostenibile e personalizzato" prot. n. 6504 del 01/10/2025**

Il/La Sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'assegnazione dei **servizi di sostegno alla famiglia nell'ambito del Progetto "SustainAbility. Sperimentazione di un modello di inclusione, sostenibile e personalizzato**"
A tal fine, ai sensi degli art. 19, 19 bis, 46 e 47 del D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. suddetto in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA

Nome e Cognome _____
C.F. _____ nata/o a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____e_____
Prov. _____
Via _____ N. _____ CAP _____
Recapito Telefonico di riferimento _____
e-mail per comunicazioni _____

di aver comunicato ed informato l'altro Genitore/Adulto Affidatario:
Nome e Cognome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
Prov. _____ Recapito Tel._____

Di agire in qualità di:

- Genitore
- Tutore
- Adulto affidatario

Data / / Firma

del Minore:

Nome e Cognome_____

C.F. _____ nata/o a _____

Prov. _____ il _____residente a _____

Via _____ N. _____ CAP _____

frequentante la classe _____ dell'I.C. Perugia 8.

Dichiara inoltre che (contrassegnare con una X la risposta scelta);

Il nucleo familiare del Minore per cui si presenta la domanda è composto da N. _____ figli in età scolare (da 3 a 16 anni) e da N._____ genitori;

- o Uno dei due genitori si trova in stato disoccupazione e/o cassaintegrazione;
- o Entrambi i genitori si trovano in stato di disoccupazione e/o cassaintegrazione;
- o Il nucleo familiare del Minore ha un ISEE inferiore ad €. 25.000.00 (venticinquemila/00) che ammonta ad €. _____ (Allegare attestazione);
- o Il Minore ha certificazione L.104/'92;
- o Il Minore ha Disturbi Evolutivi Specifici, ovverossia:
  - o Disturbi Specifici di apprendimento;
  - o Disturbo Specifico del Linguaggio;
  - o Disturbo non Verbale.

Si richiede l'attivazione dei seguenti servizi:

(Contrassegnare con una X una o più opzioni)

Respite Care	
Gruppo di Auto Mutuo Aiuto	
Laboratorio per Siblings	

Ho la possibilità di spostarmi in autonomia con mezzo proprio SÌ NO

Fratelli/Sorelle per cui si richiede l'attivazione del Servizio Siblings:

1 Fratello/Sorella, anno di nascita _____
2 Fratello/Sorella, anno di nascita _____
3 Fratello/Sorella, anno di nascita _____
4 Fratello/Sorella, anno di nascita _____

I dati saranno trattati ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016:

Il/La Sottoscritto/a _____ allega:

1) Domanda di partecipazione selezione alunni redatta su apposito modello;
2) Dichiarazione situazione reddituale;
3) Documento d'Identità del richiedente

Data / / Firma

Data / / Firma