



**AMBITO TERRITORIALE C06**



**"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 SANT'ARPINO**  
Piazza Macri  
Ufficio Protocollo

**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**

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del genitore;*
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del minore;*
- Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza ai sensi della L. 104/92;*
- 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;*
- 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