**Alla Responsabile del Settore Politiche Sociali**

Avv. Salvatore Compagnone

**All’Assessore alle Politiche Sociali**

Loredana Di Monte

OGGETTO: Richiesta di partecipazione alle colonie marine pendolari per over 60

Da consegnare all’ufficio protocollo dal 31/07/2024 al 09/08/2024 entro le ore 12.00, pena di esclusione.

Il/la Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_) alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coniugata/o con (da compilare SOLO in caso entrambi i coniugi intendano partecipare al soggiorno)**

Il/ La\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_\_) alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla Colonia Marina pendolare organizzato da Codesta Amministrazione in località Castel Volturno – “Lido la Plancia”.

**Dichiara di:**

□ avere autosufficienza psico-motoria;

□ di aver preso visione e di accettare interamente l’avviso pubblico “Colonie Marine”

**Si allega alla presente:**

* il modello ISEE ordinario
* documento di riconoscimento
* certificazione medica di buona salute

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…l…. sottoscritt…, dichiara che, in esecuzione degli obblighi imposti dal Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, relativamente al presente procedimento, potrà trattare i dati personali dei partecipanti al presente procedimento sia in formato cartaceo che elettronico, per il conseguimento di finalità di natura pubblicistica ed istituzionale, e che il conferimento dei dati è Settore Politiche Sociali – P.zza Macrì, 1 – 81030 Sant’Arpino (CE) – PEC: protocollo@pec.comune.santarpino.ce.it - Comune di Sant’Arpino Provincia di Caserta obbligatorio. dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di personale impegnato alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. In qualsiasi momento è possibile esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 679/2016.

…l…. sottoscritt… si impegna, altresì, a comunicare ogni evento che determini variazioni della propria situazione familiare e a fornire, su richiesta dell’Ufficio, qualsiasi ulteriore informazione o documentazione necessarie per l’espletamento della pratica di cui all’oggetto.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_