

Alla
Comunità Montana del Catria e Nerone
Ambito Territoriale Sociale n. 3
Via Alessandri n. 19
61043 Cagli (PU)

Oggetto: Servizio di assistenza educativa ai minori di tipo domiciliare o integrazione scolastica

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ Via _____
n. _____ C.F. _____

❖ **chiede l'erogazione del servizio di:**

- integrazione educativa scolastica
 assistenza educativa di tipo domiciliare

per il minore _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ per l'a.s. _____

- ❖ **si impegna a corrispondere la quota di partecipazione oraria** prevista per la propria fascia di reddito ISEE stabilita dal Regolamento approvato con deliberazione Consiliare n. 4/2012

A tale scopo

- allega l'attestazione ISEE riferita all'anno _____
 dichiara ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445 di essere in possesso di attestazione ISEE riferita all'anno _____ rilasciata dal CAF _____ in data _____ con reddito ISEE di € _____

li _____

Il dichiarante

N.B. allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità