Spett.le Comune di San Clemente

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO MARINO ANZIANI - 2024**

***(Termine per la presentazione delle domande: ore 13,00 del 20.05.2024)***

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di SAN CLEMENTE in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ altro cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione al centro marino anziani che si svolgerà **dal 03.06.2024 al 28.06.2024** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00

**DICHIARA:**

|\_| di avere una certificazione di disabilità o invalidità compatibile con il servizio;

**CHIEDE E DICHIARA INOLTRE**

che venga applicata la seguente modalità tariffaria (barrare la casella di appartenenza):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISEE***  | ***TARIFFA*** |
| A) |\_| | ISEE superiore a €. 17.000,00 | €. 180,00 |
| B) |\_| | ISEE tra €. 13.000,00 e €. 17.000,00 | €. 160,00 |
| C) |\_| | ISEE tra €. 8.001,00 e €. 12.999,00  | €. 140,00 |
| D) |\_| | ISEE inferiore a €. 8.000,00 | €. 120,00 |

**Il sottoscritto si impegna ad effettuare il pagamento** della tariffa prevista mediante avviso PAGO PA che riceverà alla presentazione della domanda di iscrizione presso il competente ufficio Servizi Sociali, **entro e non oltre il 29/5/2024.**

**Il mancato pagamento entro la data sopra indicata comporterà il respingimento della domanda di iscrizione.**

SI ALLEGANO:

1) Certificato di buona salute;

2) copia documento di riconoscimento;

3) attestazione ISEE

FIRMA