# SOGGIORNO STUDIO ESTERO 2020

## PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

**(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)**

**DATI RELATIVI AL DIPENDENTE:**

**Matr.** **COGNOME** **NOME**

(Solo per il personale di P.P.)

**NATO/A IL:** **COD.FISC.**

**ATTUALMENTE IN SERVIZIO PRESSO:**

**CON LA QUALIFICA DI:**

**VEDOVA DEL DIPENDENTE:**

***TELEFONO FISSO** ***TELEFONO CELLULARE**

**-non inserire i contatti telefonici della propria sede di lavoro-**

***EMAIL (OBBLIGATORIA PER LE COMUNICAZIONI)**

**(*) campi obbligatori – N.B. Tutte le comunicazioni da parte di questo Ente avverranno esclusivamente attraverso i recapiti sopra riportati**

Appartenente al personale comparto ministeri del DGMC transitato con DPCM 15 giugno 2015 SI ☐ NO ☐

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità:

-Di aver preso visione della circolare GDAP.19/02/2020.0056964.U sulle modalità di partecipazione e di rinuncia indicate.

**DATI RELATIVI AL PARTECIPANTE:**

**COGNOME** **NOME**

**NATO/A A** **( )** **IL** **SESSO** **M** **F**

**DATI RELATIVI AL LUOGO DI PARTENZA DEL PARTECIPANTE:**

**COMUNE DI** **(PR)**

**VIA** **CAP**

---

**RISERVA ASSOLUTA** **(compilare solo se è presente uno dei casi sotto indicati - documentazione da allegare alla domanda)**

**orfano di: genitore dipendente** ☐ **genitore non dipendente** ☐

**RISERVA DEL 5%** **(Per il punto 1: allegare documentazione alla presente domanda)** ☐

- indicare **"1"** nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con genitore o fratello affetto da invalidità civile totale e permanente e/o art.3 comma 3 L 104/92

- indicare **"2"** nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con almeno quattro figli a carico.

# SOGGIORNO STUDIO ESTERO 2020

## PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

**(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)**

**-2-**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:**

- il proprio figlio/a frequenta regolarmente nel corrente anno scolastico per la 1° volta la classe_____
- il proprio figlio/a nell'anno scolastico 2018/2019 è stato/a: promosso/a ☐ respinto/a ☐ , presso l'Istituto:

**SCUOLA-ISTITUTO**

**COMUNE DI** **PROV.**

**TELEFONO SCUOLA/ISTITUTO**

**LINGUA STUDIATA: INGLESE** ☐

**PERIODO E LOCALITA' DI PREFERENZA (PURAMENTE INDICATIVO AI FINI DELL'AMMISSIONE)**

**1° META' DI LUGLIO GRAN BRETAGNA** ☐ **IRLANDA** ☐
**2° META' DI LUGLIO GRAN BRETAGNA** ☐ **IRLANDA** ☐
**1° META' DI AGOSTO GRAN BRETAGNA** ☐

- Partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA da almeno un anno dalla data della circolare di riferimento: barrare la casella: **SI** ☐ **NO** ☐

- l'indicatore ISEE ORDINARIO in corso di validità senza omissioni/difformità, (da allegare alla domanda per le prime tre fasce) rientra nella fascia ( barrare la casella )
- da 0 a 11.100,00 ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE **€ 300,00**
- da 11.101,00 a 14.700,00 ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE **€ 320,00**
- da 14.701,00 a 20.000,00 ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE **€ 400,00**
- da 20.001,00 in poi ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE **€ 600,00**

**AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI**

_____ _____

(data) (firma)

**Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)**

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse. Le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso l'area riservata del sito dell'Ente. Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse. I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano. L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – Largo Luigi Daga, 2 – 00169 Roma.
Titolare del trattamento dei dati è il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente.

Consenso al trattamento dei dati personali
L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.
Firma_____
Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività