



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sendahstines

Hora e made e Palermë

Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

Prot. Del

Al Comune di Santa Cristina Gela (PA)
protocollo@pec.comune.santacristinagela.pa.it

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE “LABORATORIO INCLUSIVO DI MUSICOTERAPIA”

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, provincia _____, il _____, e residente a Santa Cristina Gela (PA), in via _____, n. _____, C.F. _____, in qualità di genitore o tutore legale del minore _____, nato a _____ il _____, residente a Santa Cristina Gela _____ (PA), in via _____, n. _____, C.F. _____, tel _____,

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a, _____, nato a _____ il _____ e residente a _____, in via _____, C.F. _____, partecipi al laboratorio di musicoterapia.

All'istanza si dovrà allegare:

- fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale del richiedente;
- fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale del minore;
- certificazione disabilità, ai sensi della L. 104/92 (se minore con disabilità).

Firma del dichiarante
