Soggetti interessati dalla compilazione del modello (ex art.1, c.248 Legge n.662 del 1996 e art.3 Legge n.289/1990:
Invalidi civili titolari di Indennità di frequenza *(età < 18 anni).*

☐ Dati del Minore Titolare della Prestazione:

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A: _____ VIA/PIAZZA: _____

☐ Dati del Rappresentante Legale

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A: _____ VIA/PIAZZA: _____

TELEFONO/CELLULARE: _____ EMAIL: _____

NOTE: _____

IN QUALITA' DI:

☐ GENITORE (1°) (Da compilare anche per il secondo genitore)	☐ GENITORE AFFIDATARIO	☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
☐ GENITORE UNICO	☐ TUTORE	☐ CURATORE

In presenza di TUTORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO o CURATORE, *con decreto di nomina*
(compilare tabella sottostante e allegare atto)**.**

TRIBUNALE DI: _____ SEZIONE: _____ NUMERO: _____

DEL _____ DAL _____ AL _____

Questo documento è di proprietà di CAAF CGIL Lombardia s.r.l. e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima.

☐ *Dati del Genitore (2°)*

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ NATO/A A _____ IL _____

☐ **STESSA RESIDENZA DEL 1° GENITORE**

(Attenzione: nel caso di indirizzo diverso indicare quale UTILIZZARE per eventuali comunicazioni)

RESIDENTE A: _____ VIA/PIAZZA: _____

TELEFONO/CELLULARE: _____ EMAIL: _____

NOTE: _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE IL MINORE:

Nell'anno 2014

☐ **E' STATO** RICOVERATO DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

oppure

☐ **NON E' STATO** RICOVERATO

Nell'anno 2015

☐ **E' STATO** RICOVERATO DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

oppure

☐ **NON E' STATO** RICOVERATO

DICHIARAZIONE DI FREQUENZA

☐**NON HA FREQUENTATO REGOLARMENTE**

☐**HA INIZIATO LA FREQUENZA** AI CORSI SCOLASTICI DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO NELL'ANNO _____

ALLA CLASSE: ☐PRIMA ☐SECONDA ☐TERZA ☐QUARTA ☐QUINTA

☐**E' STATO ISCRITTO NELL'ANNO 2013/2014 E HA FREQUENTATO REGOLARMENTE:**

Questo documento è di proprietà di CAAF CGIL Lombardia s.r.l. e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima.

- LA CLASSE DELLA SCUOLA PRIMARIA DELL'OBBLIGO:
  ☐PRIMA ☐SECONDA ☐TERZA ☐QUARTA ☐QUINTA

- LA CLASSE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO:
  ☐PRIMA ☐SECONDA ☐TERZA

- LA CLASSE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO:
  ☐PRIMA ☐SECONDA

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA:

VIA/PIAZZA: COMUNE:

TELEFONO: FAX:

EMAIL: PEC:

SEDE LEGALE: CF/PI:

Per tutta la durata dell'obbligo formativo scolastico non deve essere più presentata alcuna istanza di rinnovo annuale. E' obbligatorio comunicare l'eventuale interruzione della frequenza ai suddetti corsi scolastici nonché eventuali variazioni d'istituto.

☐HA FREQUENTATO ASILI NIDO, SCUOLE MATERNE, SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO OLTRE IL PERIODO DI OBBLIGO FORMATIVO, CENTRI DI FORMAZIONE O ADDESTRAMENTO FINALIZZATI AL REINSERIMENTO, CENTRI AMBULATORIALI O CENTRI DIURNI, ANCHE DI TIPO RESIDENZIALE SPECIALIZZATI NEL TRATTAMENTO TERAPEUTICO O NELLA RIABILITAZIONE E NEL RECUPERO DI PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP, PUBBLICI O PRIVATI IN REGIME CONVENZIONALE.

N.B. Si ricorda che nei casi di frequenza ai centri di cui a questo punto è necessario consegnare alla sede INPS territorialmente competente o al patronato, la certificazione di frequenza in originale rilasciata dal centro, con l'indicazione della durata e della frequenza prevista nonché dell'effettiva frequenza da parte dell'interessato.

DENOMINAZIONE STRUTTURA:

VIA/PIAZZA: COMUNE:

TELEFONO: FAX:

EMAIL: PEC:

SEDE LEGALE: CF/PI:

Questo documento è di proprietà di CAAF CGIL Lombardia s.r.l. e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima.

TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA:

☐ **ASILO NIDO:**

☐ PUBBLICO ☐ PRIVATO ☐ PRIVATO CONVENZIONATO

DURATA DEL CORSO: DAL _____ AL _____

☐ **SCUOLA DELL'INFANZIA:**

☐ PUBBLICO ☐ PRIVATO ☐ PRIVATO CONVENZIONATO

DURATA DEL CORSO: DAL _____ AL _____

☐ **SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO:**

☐ PUBBLICO ☐ PRIVATO ☐ PRIVATO CONVENZIONATO

NELLA CLASSE ☐ TERZA ☐ QUARTA ☐ QUINTA

DURATA DEL CORSO: DAL _____ AL _____

☐ **CENTRO DI FORMAZIONE O ADDESTRAMENTO FINALIZZATO AL REINSERIMENTO SOCIALE**

☐ PUBBLICO ☐ PRIVATO ☐ PRIVATO CONVENZIONATO

TITOLO DEL CORSO: _____ FINALITA': _____

DURATA DEL CORSO: DAL _____ AL _____

FREQUENZA SETTIMANALE AL CORSO:

☐ 1 VOLTA ☐ 2 VOLTE ☐ 3 VOLTE ☐ 4 VOLTE ALTRO: _____

FREQUENZA MENSILE AL CORSO:

☐ 1 VOLTA ☐ 2 VOLTE ☐ 3 VOLTE ☐ 4 VOLTE ALTRO: _____

☐ **CENTRO AMBULATORIALE O CENTRO DIURNO, ANCHE DI TIPO SEMI RESIDENZIALE SPECIALIZZATO NEL TRATTAMENTO TERAPEUTICO O NELLA RIABILITAZIONE E NEL RECUPERO DI PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP**

☐ PUBBLICO ☐ PRIVATO ☐ PRIVATO CONVENZIONATO

FINALITA' DEL CORSO: _____

DURATA DEL CORSO: DAL _____ AL _____

FREQUENZA SETTIMANALE AL CORSO:

☐ 1 VOLTA ☐ 2 VOLTE ☐ 3 VOLTE ☐ 4 VOLTE ALTRO: _____

FREQUENZA MENSILE AL CORSO:

☐ 1 VOLTA ☐ 2 VOLTE ☐ 3 VOLTE ☐ 4 VOLTE ALTRO: _____

Data _____ Firma _____

Questo documento è di proprietà di CAAF CGIL Lombardia s.r.l. e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima.