

## **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

*Al Comune di Bacoli  
Ufficio Servizi Sociali*

**OGGETTO: “ODEON PUGLIANA” LABORATORIO GRATUITO DI ATTIVITA’ TEATRALI CON FINALITA’ SOCIO-EDUCATIVA PRESSO “LA CASA DELLA CULTURA E SOCIALITA’ – MICHELE SOVENTE”**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a Bacoli alla Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E\_mail \_\_\_\_\_

in qualità di:  padre  madre  tutore

### **AUTORIZZA**

**IL MINORE A PARTECIPARE AL LABORATORIO DI ATTIVITA’ TEATRALI CON FINALITA’ SOCIO-EDUCATIVA PRESSO “LA CASA DELLA CULTURA E SOCIALITA’ – MICHELE SOVENTE” .**

### **DICHIARA**

di essere residente nel Comune di Bacoli;

### **FASCIA ETA’ DEL MINORE**

BAMBINO (6-9 ANNI)

ADOLESCENTE (9-14 ANNI)

#### **Dati bambino/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

#### **Dati bambino/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

#### **Dati bambino/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**TEMPI**

1 INCONTRO SETTIMANALE PER I BAMBINI DAI 6 AI 9 ANNI (15:00-16:45)

1 INCONTRO SETTIMANALE PER I RAGAZZI DAI 9 AI 14 ANNI (16:00-17:45)

**DURATA**

OTTOBRE 2024- MAGGIO 2025

**ALLEGATI**

Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del genitore dichiarante;

Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del minore.

Bacoli, li \_\_\_\_\_

Firma dell'altro Genitore

Firma del genitore Dichiarante