AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona

COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

ISTANZA DI CANCELLAZIONE DEI DATI DI RESIDENZA NEL REGISTRO COMUNALE PER IL DIRITTO DEL MINORE ALLA BIGENITORIALITÀ

Spett.Le
Comune di Residenza

DATI ANAGRAFICI GENITORE RICHIEDENTE

Il/la Sottoscritto/a, (Cognome) _____ (Nome) _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
in via _____ N° _____ Telefono/Cellulare _____
@ E-mail / pec _____ C.F. _____

in qualità di Genitore esercente la piena responsabilità genitoriale del/i minore/i

CHIEDE

la cancellazione del/i figlio/i minore/i
1) _____ nato a _____ il _____/____/_____
2) _____ nato a _____ il _____/____/_____
3) _____ nato a _____ il _____/____/_____

dal Registro Comunale per il diritto del minore alla bigenitorialità

e a tal fine **DICHIARA** ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445

• di essere a conoscenza del Regolamento Comunale relativo al Registro per il diritto del minore alla bigenitorialità e della Disciplina operativa per la tenuta del Registro stesso;
• di essere a conoscenza che, in assenza della dichiarazione di conoscenza del genitore presso cui il minore risiede di seguito riportata, l'Ufficio invierà apposita informativa all'altro genitore, mettendolo a conoscenza dell'avvenuta cancellazione.

Firma

_____

GENITORE PRESSO CUI RISIEDE IL MINORE

Il/la Sottoscritto/a, (Cognome) _____ (Nome) _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
in via _____ N° _____ Telefono/Cellulare _____
@ E-mail / pec _____ C.F. _____

in qualità di Genitore esercente la piena responsabilità genitoriale DICHIARA di essere a conoscenza della richiesta di cancellazione dal registro della bigenitorialità del/i figlio/i/i minore/i sopraelencato/i

Firma

_____

Casoria, _____