

	Amministrazione destinataria Ufficio destinatario	
---	--	--

Domanda di iscrizione all'asilo nido comunale

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

<input type="checkbox"/> Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

del minore											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Informazioni aggiuntive											
<input type="radio"/>	il minore presenta un handicap										
<input type="radio"/>	il minore necessita di particolari sollecitazioni o stimoli sotto il profilo psicologico										
Descrizione dei bisogni											
Nominativo del pediatra, Dott.re/Dott.ssa											
Cognome					Nome						
<input type="radio"/>	nessuna delle situazioni sopraindicate										

<input type="checkbox"/> del minore											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Informazioni aggiuntive											
<input type="radio"/> il minore presenta un handicap											
<input type="radio"/> il minore necessita di particolari sollecitazioni o stimoli sotto il profilo psicologico											
Descrizione dei bisogni											
Nominativo del pediatra, Dott.re/Dott.ssa											
Cognome					Nome						
<input type="radio"/> nessuna delle situaizoni sopraindicate											

CHIEDE

<input checked="" type="checkbox"/>	l'ammissione del minore alla graduatoria del servizio di asilo nido comunale nella seguente modalit�									
<input type="radio"/>	frequenza full-time									
<input type="radio"/>	frequenza part-time mattino, dalle 7:30 alle 12:45									
	ai fini della domanda specifica che si tratta di una domanda di ammissione per									
<input type="radio"/>	figli gemelli									
<input type="radio"/>	minore in affido familiare									
<input type="radio"/>	minore in adozione									
<input type="radio"/>	minore in affido preadottivo									
<input type="radio"/>	nessuna delle situazioni sopraindicate									
<input type="radio"/>	altro (specificare)									

Valendosi della facolt  prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsit  in atti,

DICHIARA

quanto segue

composizione del nucleo familiare				
Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Stato civile

nominativi dei nonni materni e paterni			
Nominativi nonni materni			
<input type="radio"/>	per i nonni materni		
	Cognome	Nome	Residenza
<input type="radio"/>	il minore non ha nonni materni		
Nominativi nonni paterni			
<input type="radio"/>	per i nonni paterni		
	Cognome	Nome	Residenza
<input type="radio"/>	il minore non ha nonni paterni		

specificare l'eventuale presenza di un familiare con invalidità pari o superiore al 67%	
Familiare con invalidità	
<input type="radio"/>	nel nucleo è presente un familiare con invalidità pari o superiore al 67%
<input type="radio"/>	nel nucleo non è presente un familiare con invalidità pari o superiore al 67%

situazione lavorativa del genitore	
1° genitore	
<input type="radio"/>	in stato di occupazione
<input type="radio"/>	occupazione a tempo determinato
<input type="radio"/>	occupazione a tempo indeterminato, pertanto specifica di seguito
	Numero di giorni settimanali di lavoro
	Orario di lavoro
	Luogo di lavoro
	Numero ufficio
<input type="radio"/>	in stato di disoccupazione
<input type="radio"/>	cassa integrazione o mobilità
<input type="radio"/>	iscrizione in graduatoria del centro per l'impiego
Iscrizione università o altri istituti informativi	
<input type="radio"/>	genitore non studente
<input type="radio"/>	genitore studente iscritto all'università o ad altri corsi di formazione ed istruzione scolastica
<input type="radio"/>	senza obbligo di frequenza
<input type="radio"/>	con obbligo di frequenza fino a 20 ore settimanali
<input type="radio"/>	con obbligo di frequenza oltre le 20 ore settimanali

situazione lavorativa del genitore

2° genitore

in stato di occupazione

occupazione a tempo determinato

occupazione a tempo indeterminato, pertanto specifica di seguito

Numero di giorni settimanali di lavoro

Orario di lavoro

Luogo di lavoro

Numero ufficio

in stato di disoccupazione

cassa integrazione o mobilità

iscrizione in graduatoria del centro per l'impiego

Iscrizione università o altri istituti informativi

genitore non studente

genitore studente iscritto all'università o ad altri corsi di formazione ed istruzione scolastica

senza obbligo di frequenza

con obbligo di frequenza fino a 20 ore settimanali

con obbligo di frequenza oltre le 20 ore settimanali

coordinate bancarie per la restituzione della quota di iscrizione

Intestatario del conto

Cognome

Nome

Banca

Filiale

IBAN

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	certificato del datore di lavoro attestante orario lavorativo
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante