



Amministrazione destinataria

Comune di Sarmato

Ufficio destinatario

Ufficio assistenza sociale e scuola

Domanda di iscrizione all'asilo nido

anno scolastico

/

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	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

del bambino/a

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- l'iscrizione al nido d'infanzia
 la conferma d'iscrizione al nido d'infanzia

con modulo orario in

- tempo parziale dalle ore 7:45 alle ore 13:00
 tempo pieno dalle ore 7:45 alle ore 16:00
 tempo prolungato dalle ore 7:45 alle ore 17:45

a partire da *(esprimere preferenza, considerando che nell'ordine indicato dalla graduatoria si terrà conto di particolari esigenze organizzative del servizio)*

Data di inizio frequenza (per ufficio)

Valendosi della facoltà 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 falsità in atti,

DICHIARA

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela ()*
coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
 il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale

Indicare l'assistente sociale di riferimento

- problemi di salute e/o disabilità del bambino

pertanto si allega certificazione medica

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- autonomo
 dipendente a tempo indeterminato
 dipendente a tempo determinato

Dal

Al

- saltuario o occasionale
 in cerca d'occupazione
 non occupato
 altro (*specificare*)

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale
 no
 si
 per maternità o allattamento
Dal **Al**
 per nuova maternità o gravidanza
Dal **Al**

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro
 autonomo
 dipendente a tempo indeterminato
 dipendente a tempo determinato
Dal **Al**
 saltuario o occasionale
 in cerca d'occupazione
 non occupato
 altro (specificare)

Qualifica o professione

Presso
Denominazione/Ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale no si per maternità o allattamento

Dal

Al

 per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

che la condizione economica del nucleo familiare, ai sensi del Decreto Legislativo 109, 30/05/2008, del Decreto Legislativo 03/05/2000, n. 130 e del Decreto del Presidente dei Ministri 05/12/2013, n. 159 è la seguente

 presenta ISEE con prestazioni agevolati rivolte a minorenni, in corso di validità

Valore ISEE

€

 non presenta la dichiarazione ISEE

che al momento della domanda di ammissione, i genitori, si impegnano a sottoporre il bambino alle vaccinazioni previste dalla normativa vigente e ad autorizzare il titolare o il gestore del servizio ad acquisire l'idoneità alla frequenza direttamente presso l'azienda USL di competenza, consapevole che, in caso di non ottemperanza e senza motivazione sanitaria, autorizzata dalla pediatria di comunità previa presentazione di certificato del pediatra di libera scelta, sarà preclusa la frequenza al servizio.

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

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

 copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

 altri allegati**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)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sarmato

Luogo

Data

Il dichiarante