

Amministrazione destinataria



Ufficio destinatario

Domanda di iscrizione all'asilo nido

anno scolastico

/

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Domicilio										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

del/la bambino/a

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

CHIEDE

<input type="radio"/>	nuova ammissione del bambino al servizio di nido di infanzia
<input type="radio"/>	rinnovo dell'iscrizione del bambino al servizio di nido di infanzia
presso	
<input type="radio"/>	la struttura di Sinnai
<input type="radio"/>	la struttura di Maracalagonis
nella seguente fascia oraria	
<input type="radio"/>	tempo pieno 07:00 / 15:30
<input type="radio"/>	tempo parziale 07:00 / 11:00
<input type="radio"/>	tempo parziale 11:30 / 15:30
<input type="radio"/>	tempo prolungato sino alle ore 18:00 (*)

(*) con un minimo di 20 bambini e contribuzione aggiuntiva a carico delle famiglie

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 preso visione del bando per l'accesso al servizio nido d'infanzia e della carta dei servizi e di accettarne il contenuto
- che nel proprio nucleo familiare, anche mono-genitoriale, almeno un componente è residente nel Comune della struttura richiesta da almeno 6 mesi
- di essere consapevole che il proprio/a figlio/a non sarà ammesso/a e non potrà frequentare il nido se non in regola con le vaccinazioni
- che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n.445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti
- essere a conoscenza che la Fondazione Polisolidale Onlus/Comuni procederanno a idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate su un adeguato campione di domande presentate e che qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità dei contenuti delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici acquisiti ed incorre nelle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni in materia di autocertificazione.

che, ai fini dell'attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria, la propria posizione lavorativa e quella del coniuge/compagno è la seguente

posizione lavorativa del dichiarante					
<input type="radio"/>	lavoratore/lavoratrice autonomo/a o subordinato a tempo indeterminato o determinato				
<input type="radio"/>	lavoratore/lavoratrice autonomo/a o subordinato a tempo indeterminato o determinato, che presta la propria attività lavorativa fuori dal comune di residenza (distanza tra luogo di lavoro e Comune oltre 15 km)				
	<table border="1"><thead><tr><th>sede lavorativa</th><th>km di distanza tra il luogo di lavoro e il Comune</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	sede lavorativa	km di distanza tra il luogo di lavoro e il Comune		
sede lavorativa	km di distanza tra il luogo di lavoro e il Comune				
<input type="radio"/>	lavoro in casa				
<input type="radio"/>	casalingo/a, pensionato/a				
<input type="radio"/>	disoccupato/a, licenziato/a con iscrizione di almeno sei mesi al centro per l'impiego				
<input type="radio"/>	studente/essa non lavoratore/trice in corso regolare di studio				
indicare eventuali situazioni di disagio quali ad esempio turnazioni, lavoro notturno, etc..					

posizione lavorativa del coniuge o compagno/a					
<input type="radio"/>	lavoratore/lavoratrice autonomo/a o subordinato a tempo indeterminato o determinato				
<input type="radio"/>	lavoratore/lavoratrice autonomo/a o subordinato a tempo indeterminato o determinato, che presta la propria attività lavorativa fuori dal comune di residenza (distanza tra luogo di lavoro e Comune oltre 15 km)				
	<table border="1"><thead><tr><th>sede lavorativa</th><th>km di distanza tra il luogo di lavoro e il Comune</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	sede lavorativa	km di distanza tra il luogo di lavoro e il Comune		
sede lavorativa	km di distanza tra il luogo di lavoro e il Comune				
<input type="radio"/>	lavoro in casa				
<input type="radio"/>	casalingo/a, pensionato/a				
<input type="radio"/>	disoccupato/a, licenziato/a con iscrizione di almeno sei mesi al centro per l'impiego				
<input type="radio"/>	studente/essa non lavoratore/trice in corso regolare di studio				

indicare eventuali situazioni di disagio quali ad esempio turnazioni, lavoro notturno, etc..

DICHIARA INOLTRE

che il minore in attesa di iscrizione

<input type="checkbox"/>	era già collocato in lista d'attesa e non rinunciatario o dimissionario
	Anno di iscrizione in lista d'attesa
<input type="checkbox"/>	è persona con condizione di disabilità (art. 3 comma 3 della Legge 104/92) e appartenente a un nucleo familiare in cui almeno uno dei genitori è impegnato in attività lavorativa
<input type="checkbox"/>	è appartenente ad un nucleo familiare nel quale entrambi i genitori sono persone con disabilità o di un'invalidità permanente o temporanea e che ne pregiudichi l'autosufficienza
	Pertanto allega idonea certificazione ASL che attesti la difficoltà nella cura dei figli in relazione al tipo di disabilità
<input type="checkbox"/>	è appartenente a un nucleo familiare monoparentale o assimilabile (es. genitore celibe, nubile, vedovo, divorziato, separato legalmente o di fatto – purché non convivente - recluso, tossicodipendente in comunità, in stato di lungodegenza ospedaliera) in cui il genitore dichiarante è impegnato in attività lavorativa o di studio
<input type="checkbox"/>	è appartenente a un nucleo familiare in cui uno o più componenti è persona in condizione di disabilità o di un'invalidità permanente o temporanea che ne pregiudichi l'autosufficienza
	Pertanto allega idonea certificazione ASL che attesti la difficoltà nella cura dei figli in relazione al tipo di disabilità
<input type="checkbox"/>	è appartenente a un nucleo familiare caratterizzato da disagio nell'organizzazione familiare perché uno dei due genitori (entrambi lavoratori) è impegnato in attività lavorativa con turnazioni o distante dall'abitazione oltre i 15 km
<input type="checkbox"/>	è appartenente a un nucleo familiare nel quale sono presenti uno o più minori di età compresa tra i 0 e i 6 anni, escluso il minore per il quale si presenta la domanda
	numero dei minori di età compresa tra i 0 e 6 anni:
<input type="checkbox"/>	appartiene ad un nucleo familiare nel quale entrambi i genitori sono impegnati in attività lavorative

CHIEDE INOLTRE

<input type="radio"/>	di non voler usufruire delle riduzioni tariffarie stabilite in base all'ISEE perchè intende pagare la retta mensile massima		
<input type="radio"/>	di voler usufruire delle riduzioni tariffarie		
	Importo ISEE	Data di rilascio	Data fine validità
	€		
	e della seguente Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)		
	Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- copia della certificazione sanitaria attestante la condizione di disabilità del minore
- copia della dichiarazione in cui l'ASL attesta l'invalidità/disabilità del familiare tale da pregiudicarne l'autosufficienza (nel caso di condizione di disabilità di entrambi i genitori bisogna allegare la certificazione medica che attesti la difficoltà nella cura dei figli da parte dei genitori in relazione al tipo di disabilità)
- copia delle certificazioni attestanti lo stato vaccinale del minore
- copia della dichiarazione ISEE
- 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.

Luogo

Data

il dichiarante