

Timbro protocollo

All.to A

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI E SCOLASTICI
DEL COMUNE DI PALIANO

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILO NIDO COMUNALE
"TRENINONIDO"
ANNO EDUCATIVO 2023/2024**

(COMPILARE LA DICHIARAZIONE IN CARATTERE STAMPATELLO)
(barrare le voci che interessano)

Il /La sottoscritto/a

(cognome e nome)

In qualità di:

- genitore
 esercitante la tutela legale

FA RICHIESTA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO PER IL/LA BAMBINO/A

(cognome e nome)

nato/a _____ il _____ residente a _____

via _____ n° _____ cittadinanza _____

Pediatra _____ tel. _____

Recapiti di emergenza _____

Con la seguente frequenza:

(indicare con la crocetta il /i tipo/i di servizio/i richiesto/i)

- tempo pieno (dalle ore 7:30 alle ore 17:30)
 tempo parziale (dalle ore 7:30 alle ore 14:00)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ ai sensi degli artt. 46, 47 e dell'art. 3 (qualora cittadino straniero UE o extra UE) del DPR 445/2000 "Testo Unico sulla Documentazione Amministrativa"

SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE

1) NUCLEO FAMILIARE

Legenda:

- Il dichiarante (codice **D**)
- Il coniuge del dichiarante (codice **C**)
- Bambino/a per il/la quale si richiede l'iscrizione (codice **B**)
- Altri figli/e minori del dichiarante e/o del coniuge, se con essi conviventi (codice **F**)
- Minore in affidamento preadottivo (codice **MA**)
- Figlio maggiorenne convivente (codice **FC**)
- Figlio maggiorenne non convivente (a carico ai fini IRPEF) (codice **FNC**)
- Altra persona presente nel nucleo (codice **P**)
- Genitore non coniugato e non convivente (codice **GNC**)

codice	Cognome	Nome	Data di nascita

2) FAMIGLIA MONOPARENTALE

- Riconoscimento del bambino da parte di un solo genitore
- Affidamento esclusivo del bambino ad un solo genitore dopo sentenza di separazione o altro atto giudiziario definitivo (allegare documentazione)
- Bambino orfano di un genitore
- Bambino orfano di entrambi i genitori

3) ALTRE SITUAZIONI (notizie sul bambino per il quale si fa la domanda)

- Bambino disabile ai sensi della L. 104/92 (allegare verbale commissione medico legale INPS)
- Bambino con bisogni educativi speciali (allegare documentazione sanitaria ASL)
- Bambino in affidamento familiare (allegare documentazione)

- Bambino in affidamento preadottivo (allegare documentazione)
- Bambino appartenente a nucleo familiare con condizione di detenzione di uno o entrambi i genitori
- Bambino orfano di femminicidio
- Bambino in condizione di grave disagio socio-psicologico ambientale e/o svantaggio socio-economico, linguistico e culturale (allegare relazione Servizi Sociali)
- Madre in stato di gravidanza (allegare certificato medico)
- Bambino affetto da allergie e/o intolleranze alimentari (allegare documentazione sanitaria)

4) ALTRE SITUAZIONI (riguardanti il nucleo familiare suindicato)

- Figlio minore disabile L. 104/92 (escluso il minore che si vuole iscrivere) con certificazione medico-specialistica della competente autorità sanitaria (allegare verbale Commissione medico legale INPS)
- Figlio maggiorenne disabile L. 104/92 con certificazione medico-specialistica della competente autorità sanitaria (allegare verbale Commissione medico legale INPS)
- Genitore o altro familiare convivente nel nucleo con disabilità certificata L. 104/92 (allegare verbale Commissione medico legale INPS)

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

DATI RELATIVI ALLA MADRE	DATI RELATIVI AL PADRE
Cognome e nome	Cognome e nome
Nata a _____ il _____	Nato a _____ il _____
Residente a _____ via n. _____	Residente a _____ via n. _____
Telefono _____	Telefono _____
C.F. _____	C.F. _____
<input type="checkbox"/> DISOCCUPATA iscritta al centro per l'Impiego di _____ dal _____	<input type="checkbox"/> DISOCCUPATO iscritto al centro per l'Impiego di _____ dal _____
<input type="checkbox"/> STUDENTESSA iscritta a _____ _____	<input type="checkbox"/> STUDENTE iscritto a _____ _____
<input type="checkbox"/> CASALINGA/INOCCUPATA/INATTIVA	<input type="checkbox"/> CASALINGO/INOCCUPATO/INATTIVO

OCCUPATA

Dipendente

Ente o ditta presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

Orario di lavoro settimanale (totale ore)

Full time

Part Time

N.B. (allegare attestato di servizio della ditta con specificato l'orario lavorativo)

Autonoma/libera professionista

Nome azienda

Indirizzo della sede di lavoro

Orario di lavoro settimanale totale ore: _____

Iscrizione Albo Professionale (specificare Albo)

Partita IVA

Impegnata in corso di studio universitario (allegare iscrizione)

Specificare corso di studio/specializzazione

Altro:

OCCUPATO

Dipendente

Ente o ditta presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

Orario di lavoro settimanale (totale ore)

Full time

Part Time

N.B. (allegare attestato di servizio della ditta con specificato l'orario lavorativo)

Autonomo/libero professionista

Nome azienda

Indirizzo della sede di lavoro

Orario di lavoro settimanale totale ore: _____

Iscrizione Albo Professionale (specificare Albo)

Partita IVA

Impegnato in corso di studio universitario (allegare iscrizione)

Specificare corso di studio/specializzazione

Altro:

SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO (ISEE)

ISEE 2023 pari a € _____ (allegare attestazione in corso di validità)

Solo per genitori non coniugati e non conviventi

ISEE 2023 per prestazioni agevolate rivolte a minorenni pari a € _____ (allegare attestazione in corso di validità)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A PADRE/MADRE (i cui dati anagrafici compaiono nel presente modulo)

DICHIARA

che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero e:

- **di essere a conoscenza** che quanto dichiarato è soggetto a controllo ai sensi e per gli effetti della normativa vigente
- **di essere consapevole** della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dell'assegnazione del servizio
- **di impegnarsi** a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche

IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL POSTO DICHIARATO

- **di dare conferma dell'accettazione del posto entro la data indicata nella comunicazione di ammissione trasmessa dal comune;**
- **di avere preso conoscenza** delle norme che regolano i diversi aspetti di funzionamento del servizio e di impegnarsi al loro rispetto (cfr. Regolamento comunale)
- **di essere a conoscenza** che a seguito di assenze ingiustificate del bambino può conseguire la perdita del diritto di frequenza.
- **di impegnarsi** a compartecipare alle spese di gestione (retta) nella misura disposta dall'Amministrazione comunale, con regolarità e per l'intera durata dell'anno educativo.
- **di essere altresì a conoscenza** che il diritto di frequenza decade quando la retta non viene corrisposta per due mesi consecutivi.
- **a rispettare** l'orario giornaliero di accesso e di uscita al fine di permettere l'inserimento del bambino in modo coerente.

DICHIARA INFINE

- che il/la proprio/a figlio/a è in regola con le vaccinazioni effettuate presso la ASL _____**
- che il/la proprio/a figlio/a non ha effettuato le vaccinazioni**

- che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dalle vaccinazioni con certificato rilasciato dalla ASL _____ (allegare certificazione)

DICHIARA

di essere consapevole che i dati indicati in domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità riguardanti la concessione della prestazione e saranno forniti ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti e nell'ambito della normativa sulla trasparenza e sul diritto di accesso ai dati ai sensi della L. 241/90.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (artt. 7 e 13 del D.lgsl- 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

I dati personali ed eventualmente sensibili, acquisiti con la dichiarazione sostitutiva:

- a) sono acquisiti e trattati necessariamente ed esclusivamente per determinare il punteggio per l'inserimento nella graduatoria ai fini dell'ammissione all'asilo nido comunale;
- b) sono raccolti dagli enti competenti (ente erogatore e gestore del servizio, centri di assistenza fiscale) ed utilizzati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare le prestazioni agevolate ed erogare il servizio stesso
- c) possono essere scambiati fra i predetti enti o comunicati al Ministero delle Finanze ed alla Guardia di Finanza per i controlli previsti
- d) il/la dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, agli enti ai quali ha presentato la dichiarazione o la certificazione per verificare i dati che lo riguardano e per chiederne eventualmente il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione
- e) Il/la dichiarante può rivolgersi entro la data del bando per modificare, aggiornare, integrare o rettificare i dati contenuti nella presente domanda di ammissione.

La responsabile del procedimento di ammissione è la dott.ssa Roberta Ciocci

Gli interessati possono prendere visione degli atti del procedimento presso l'Ufficio Servizi Sociali e Scolastici del Comune di Paliano.

Firma di entrambi i genitori (o di chi ne fa le veci)

Madre _____

Padre _____

Paliano, lì ____/____/____

ATTENZIONE: allegare fotocopia di un documento di riconoscimento di entrambi i genitori

Altri allegati:

