

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILO NIDO
"Il Riccio"**

Anno Scolastico 2021/2022

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

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

(cognome e nome)

In qualità di:

- genitore
- esercente la potestà genitoriale

FA RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO ASILO NIDO PER IL PROPRIO FIGLIO

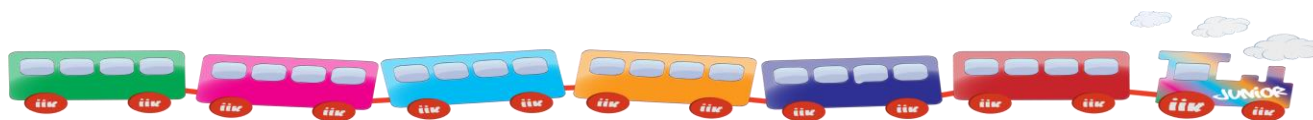
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

residente _____ via _____

cittadinanza _____ per il seguente orario :

- full-time (8.30/15.30)
- part-time (8.30/12.30)
- orario straordinario (7.30/18.00)



FA RICHIESTA DI CONFERMA DI FREQUENZA AL SERVIZIO ASILO NIDO PER IL PROPRIO FIGLIO

(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

residente _____ via _____

cittadinanza _____ per il seguente orario :

- full-time (8.30/15.30)

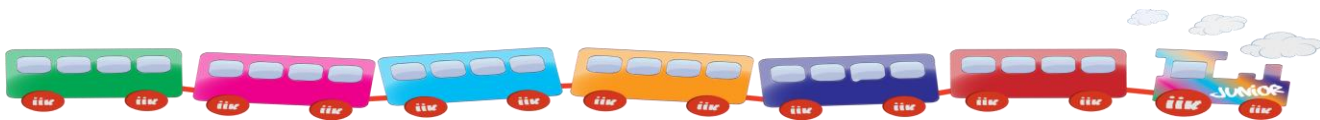
- part-time (8.30/12.30)

- orario straordinario (7.30/18.00)

DICHIARA

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"

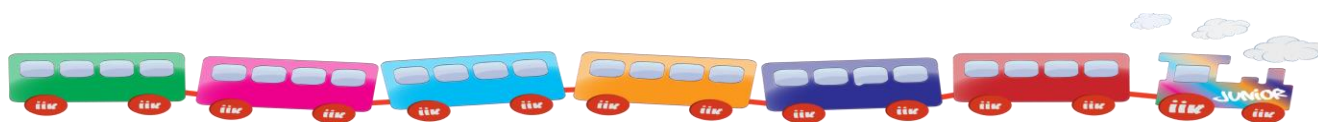
DATI RELATIVI ALLA MADRE	DATI RELATIVI AL PADRE
---------------------------------	-------------------------------



Cognome e nome: _____	Cognome e nome: _____
Nata a _____	Nato a _____
Il ____ / ____ / ____	Il ____ / ____ / ____
Residente a _____	Residente a _____
In via _____	In via _____
Tel: _____	Tel: _____
Mail: _____	Mail: _____
C.F. _____	C.F. _____

A) PRECEDENZE (barrare con una X)

- Bambino orfano di uno o entrambi i genitori
- Bambino disabile o con grave disagio sociale accertato da parte dei Servizi Sociali e/o Sanitari (verbale d'invalidità civile o riconoscimento Legge 104/92)
- Bambino in affidamento familiare o preadottivo
- Bambino di genitore con certificazione rilasciata dalla competente autorità (verbale invalidità civile Legge 104/92 almeno 75%)
- Per ciascun genitore che lavora
- Per ciascun genitore studente
- Bambino convivente con un solo genitore (monoparentale)
- Bambino convivente con un solo genitore e altri conviventi
- Bambino iscritto contemporaneamente con uno o più fratelli
- Bambino con fratelli frequentanti lo stesso nido
- Bambino con fratelli disabili con certificazione rilasciata dalle competenti autorità



B) COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

(N.B. Per nucleo familiare si intende la famiglia anagrafica. Si deve fare riferimento alle persone che compongono il nucleo familiare del bambino alla data di scadenza del bando.)

Cognome e Nome	Data e Luogo di Nascita	Ruolo (madre, padre, ...)

C) SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

LAVORO MADRE	LAVORO PADRE
<p>IN MOBILITÀ/PRECARIA dal _____</p> <p>IMPEGNATA IN LAVORI SOCIALMENTE UTILI presso _____ dal _____ e iscritta nelle liste di mobilità del Centro per l'Impiego di _____ dal _____</p> <p>DISOCCUPATA iscritta al Centro per l'Impiego di _____ dal _____</p> <p>Se l'iscrizione al Centro per l'impiego è _____</p>	<p>IN MOBILITÀ/PRECARIA dal _____</p> <p>IMPEGNATO IN LAVORI SOCIALMENTE UTILI presso _____ dal _____ e iscritto nelle liste di mobilità del Centro per l'Impiego di _____ dal _____</p> <p>DISOCCUPATO iscritto al Centro per l'Impiego di _____ dal _____</p> <p>Se l'iscrizione al Centro per l'impiego è _____</p>



inferiore a 12 mesi specificare la motivazione:

- prima iscrizione
- licenziamento dal _____

STUDENTESSA iscritta a

CASALINGA

OCCUPATA (Dipendente pubblico o privato)

Nome e indirizzo Ente o Ditta per cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

Tipo di lavoro svolto

Orario di lavoro settimanale (totale ore): _____

- attualmente in cassa integrazione dal _____

Autonoma/libera professionista (precisare)

Nome azienda

Indirizzo della sede di lavoro

Orario di lavoro settimanale (totale ore)

Iscrizione Albo (specificare Albo)



Impegnata nel corso di specializzazione post-

inferiore a 12 mesi specificare la motivazione:

- prima iscrizione
- licenziamento dal _____

STUDENTE iscritto a

CASALINGO

OCCUPATO (Dipendente pubblico o privato)

Nome e indirizzo Ente o Ditta per cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

Tipo di lavoro svolto

Orario di lavoro settimanale (totale ore): _____

- attualmente in cassa integrazione dal _____

Autonomo/libero professionista (precisare)

Nome azienda

Indirizzo della sede di lavoro

Orario di lavoro settimanale (totale ore)

Iscrizione Albo (specificare Albo)

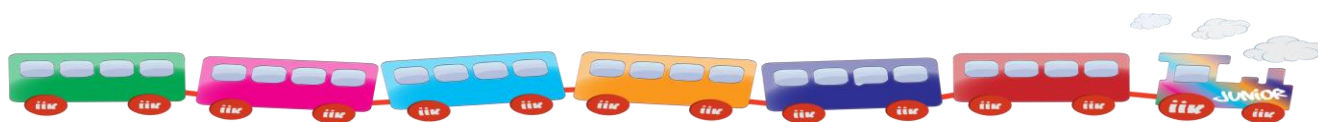


Impegnato nel corso di specializzazione post-

laurea con obbligo di frequenza <hr/> Specificare specializzazione <hr/> Sede <hr/> Orario di frequenza settimanale obbligatoria (totale ore) _____ Impegnata nel corso di Orientamento professionale con obbligo di frequenza <hr/> Specificare corso <hr/> Sede <hr/> Orario di frequenza settimanale obbligatoria (totale ore) _____ ALTRO (specificare) : <hr/> PENDOLARE: SI () NO ()	laurea con obbligo di frequenza <hr/> Specificare specializzazione <hr/> Sede <hr/> Orario di frequenza settimanale obbligatoria (totale ore) _____ Impegnato nel corso di Orientamento professionale con obbligo di frequenza <hr/> Specificare corso <hr/> Sede <hr/> Orario di frequenza settimanale obbligatoria (totale ore) _____ ALTRO (specificare) : <hr/> PENDOLARE: SI () NO ()
--	--

D) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

ISEE pari a € _____ rilasciato il _____ da _____.



IL/LA SOTTOSCRITTO/A PADRE/MADRE

DICHIARA

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

ED INOLTRE

- **autorizza** qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda;
- è **consapevole** della responsabilità penale che assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;
- **si impegna** a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;
- **di aver preso conoscenza** delle norme che regolano il funzionamento del Servizio, nonché del procedimento di ammissione ai Servizi e di impegnarsi al loro rispetto
- **di essere a conoscenza** che:
 - in caso di assegnazione del posto, dopo due rinunce consecutive la domanda verrà collocata all'ultimo posto della graduatoria;
 - che in assenza di risposta la domanda verrà annullata per il periodo di validità della graduatoria;

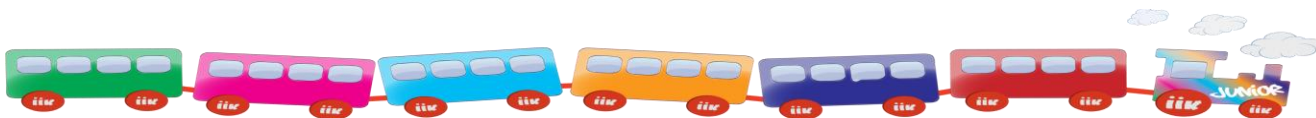
DICHIARA INFINE

- Che il proprio/a figlio/a è in regola con le vaccinazioni effettuate presso la ASL_____ (*oppure*).
- Che il proprio/a figlio/a non ha effettuato le vaccinazioni. (*oppure*)
- Che il proprio/a figlio/a è esonerato dalle vaccinazioni con certificato rilasciato dalla ASL_____

Eventuali note (es. allergie, ...):

Si allega

- Copia di un documento di identità in corso di validità di entrambi i genitori
- Certificato ISEE in corso di validità
- Copia del libretto di vaccinazioni del bambino
- Certificato medico pediatrico
- Copia verbale L.104/92



Autorizzazione e informativa Trattamento dei Dati Personali

Lo scrivente autorizza l'utilizzo di foto o filmati effettuati durante le attività didattiche per eventuali iniziative.

Informativa sull'uso dei dati personali: la informiamo che i dati personali richiesti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 s.m.

Luogo e data

In Fede (firma leggibile)

