Comune di Nocera Superiore
Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILO NIDO
"Suor Maria Consiglio Addatis" (Portaromana)

Anno Scolastico 2026/2027

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

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

_____
(cognome e nome)

qualità di:

- ☐ genitore
- ☐ esercente la potestà genitoriale

☐ **FA RICHIESTA DI <u>AMMISSIONE</u> AL SERVIZIO ASILO NIDO PER IL PROPRIO FIGLIO**

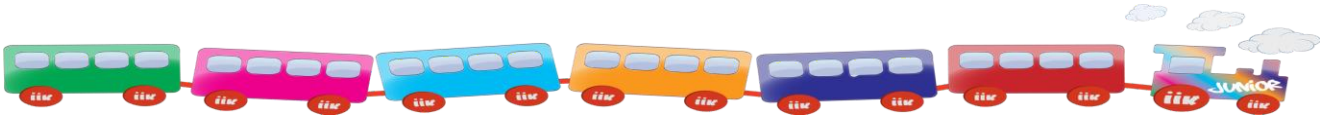
_____
(cognome e nome)

nato/a a_____il_____

residente_____via_____

cittadinanza _____per il seguente orario:

- ☐ full-time (8.30/15.30)
- ☐ part-time (8.30/12.30)
- ☐ pre/post accoglienza (8.00/16.00)



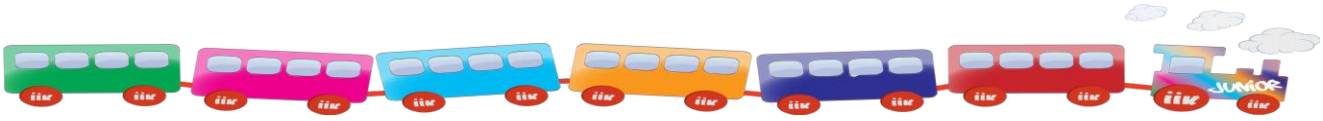
CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO/A PER LA SEGUENTE FASCIA, CONSIDERANDO L'ETA' CHE COMPIRA' ENTRO IL PRIMO SETTEMBRE 2026:

- lattanti (3- 12 MESI)
- semidivezzi (13-24 MESI)
- divezzi (25-26 MESI)

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_____/_____/_____ Residente	**Il_____/_____/_____ Residente**
a_____ In via_____	**a_____ In via_____**
_____ Tel:____	**_____ Tel:_____**
Mail:_____	**Mail:_____**
C.F._____	**C.F._____**



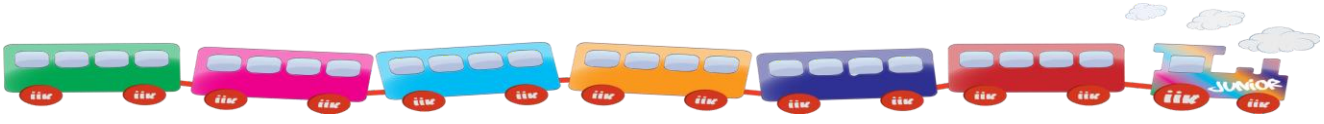
A) COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

(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, …)

B) SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

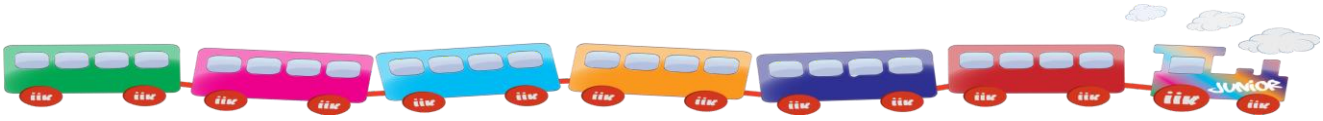
LAVORO MADRE	LAVORO PADRE
DISOCCUPATA ☐ **STUDENTESSA** ☐ **CASALINGA** ☐ **OCCUPATA (Dipendente pubblico o privato)** ☐ _____ Nome e indirizzo Ente o Ditta per cui lavora Indirizzo sede di _____ lavoro _____	**DISOCCUPATO** ☐ **STUDENTE** ☐ **CASALINGO** ☐ **OCCUPATO (Dipendente pubblico o privato)** ☐ _____ Nome e indirizzo Ente o Ditta per cui lavora Indirizzo sede di _____ lavoro _____



Tipo di lavoro svolto _____ **Autonoma/libera professionista** ☐ _____ Nome azienda _____ Indirizzo della sede di lavoro _____ _____ **Impegnata in corsi di formazione** ☐ _____ Sede _____ **ALTRO (specificare) : PENDOLARE:** _____ **SI ( ) NO ( )**	Tipo di lavoro svolto _____ **Autonomo/libero professionista** ☐ _____ Nome azienda _____ Indirizzo della sede di lavoro _____ _____ **Impegnato in corsi di formazione** ☐ _____ Sede _____ **ALTRO (specificare) : PENDOLARE:** _____ **SI ( ) NO ( )**

C) 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 è esonerato dalle vaccinazioni con certificato rilasciato dalla ASL____

Eventuali note (es. allergie, …):

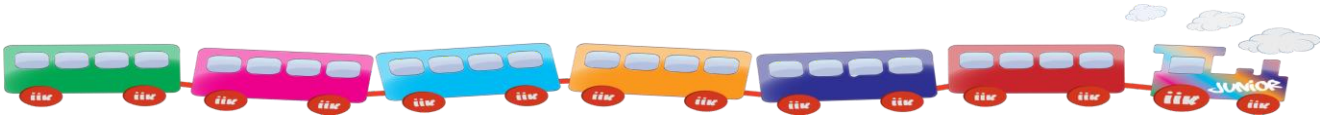
Si allega

- 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
- Copia verbale L.104/92 e/o verbale di invalidità civile (eventuale)
- Certificato del pediatra

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 di entrambi i genitori)

_____