



**COMUNE DI CASTELNUOVO MAGRA**

*Assessorato ai Servizi Sociali e Pubblica Istruzione*

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILO NIDO COMUNALE ZIGO-ZAGO**

**ANNO 2017/2018**

DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL DPR 28/12/2000, N. 445

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che 1 propri figli \_\_\_\_\_ nat /\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ veng /\_ ammess /\_ alla frequenza dell' Asilo Nido.

Domanda per gemelli

**SCELTA ORARIO DI FREQUENZA**

Sezione part-time orario 7.30/13.30     Sezione full-time orario 7.30/16.00

**A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

**1 - CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE È COSÌ COMPOSTO :**

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

RELAZIONE DI PARENTELA

		<b>RICHIEDENTE</b>

**SITUAZIONI PARTICOLARI DEL BAMBINO O DEL NUCLEO FAMILIARE**

***(da documentare all' Assistente Sociale)***

Minore in affidamento o in adozione

Minore, per il quale si fa domanda, affetto da disabilità o ritardo psico- motorio in stato di grave malattia.

Ragazza madre

Madre single

Separazioni legali documentate

**ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ:**                      entrambi i genitori   

Solo il padre        Solo la madre   

Altri     Specificare la parentela, nome e cognome \_\_\_\_\_

Uno o ambedue i genitori del minore sono disabili o in stato di grave malattia con invalidità civile superiore a 74% o stato di handicap grave ai sensi L. 104/92.

- Assenza di familiari nel raggio di 40 km
- Nuova gravidanza
- Presenza nel nucleo di familiari non autosufficienti con invalidità civile riconosciuta punteggio minimo considerato pari a 74%
- Presenza nel nucleo familiare di figli disabili o in stato di grave malattia.

## 2 – CONDIZIONE LAVORATIVA

LAVORO PADRE	LAVORO MADRE
<input type="checkbox"/> Dipendente a <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time Nome della ditta/ente _____ Tel. Lavoro _____	<input type="checkbox"/> Dipendente a <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time Nome della ditta/ente _____ Tel. Lavoro _____
<input type="checkbox"/> Libero professionista Professione _____ Tel. Lavoro _____ Iscrizione albo _____ n° _____	<input type="checkbox"/> Libera professionista Professione _____ Tel. Lavoro _____ Iscrizione albo _____ n° _____
<input type="checkbox"/> Commerciante/ artigiano/ autonomo Tipo attività _____ Tel. lavoro _____ Iscrizione CCIAA di _____ n° _____	<input type="checkbox"/> Commerciante/ artigiana/ autonoma Tipo attività _____ Tel. Lavoro _____ Iscrizione CCIAA di _____ n° _____
<input type="checkbox"/> lavoratore precario/occasionale: <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time	<input type="checkbox"/> lavoratrice precaria/occasionale: <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time
<input type="checkbox"/> lavoratore disagiato: <input type="checkbox"/> turnista, ambulante, distanza dalla propria residenza superiore a 40 Km; <input type="checkbox"/> assenza prolungata non occasionale (minimo 48 ore consecutive alla settimana) <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> casalingo <input type="checkbox"/> Disoccupato iscritto nelle liste del collocamento del Comune di _____	<input type="checkbox"/> lavoratrice disagiata: <input type="checkbox"/> turnista, ambulante, distanza dalla propria residenza superiore a 40 Km; <input type="checkbox"/> assenza prolungata non occasionale (minimo 48 ore consecutive alla settimana) <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> Disoccupata iscritto nelle liste del collocamento del Comune di _____

**Nota Bene: Allegare dichiarazione datore di lavoro delle ore settimanali contrattuali lavorate o, se lavoratore/lavoratrice autonomo/a, copia del certificato di attribuzione della Partita IVA.**

È stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie       no       si

**ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ:**      entrambi i genitori     

Solo il padre            Solo la madre     

Altri       Specificare la parentela, nome e cognome \_\_\_\_\_

**Indicare in caso di provvedimenti della Magistratura l'affidamento esclusivo del bambino  
(documentato)**

\*\*\*

**I RICHIEDENTI DICHIARANO**

di essere a conoscenza che i requisiti che avranno dato diritto al punteggio per l'ammissione alla frequenza dell'asilo nido, dovranno essere posseduti alla data di emissione del bando e mantenuti alla data di inizio frequenza dell'asilo nido.

**FIRMA DEI GENITORI**

Castelnuovo Magra, \_\_\_\_\_

\*\*\*

**SI DICHIARA INOLTRE**

- Che quanto espresso nella presente è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del D.P.R.28/12/2000 n. 445, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione Comunale, e di essere consapevole che ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.. "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia."
- Di essere consapevole che sui dati contenuti nella presente dichiarazione potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R. e che, fermo restando le conseguenze penali richiamate, qualora dagli esiti effettuati emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decadrà dalla fruizione del servizio conseguito in base alla dichiarazione non veritiera.
- In caso di assegnazione del posto di accettare di pagare la retta in base all'importo ISEE del nucleo familiare come previsto dal regolamento dell'Ente.
- In caso di assegnazione del posto di accettare il Regolamento sul funzionamento dell'Asilo Nido .

**FIRMA DEL DICHIARANTE**

\*\*\*

**DICHIARAZIONE ai sensi del DLgs. 30/06/2003, N. 196**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, informato oralmente delle finalità e delle modalità del trattamento dei dati personali, nonché sui diritti e sui limiti di cui all' art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia dei dati personali", esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai fini di quanto strettamente necessario per l' istruttoria della pratica presentata.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per la fruizione del servizio: la mancanza di tali informazioni, infatti non consentirebbe la valutazione della Sua domanda e la possibilità della fruizione del servizio qualora Ella dovesse collocarsi in idonea posizione di graduatoria. Il titolare dei dati è il Comune di Castelnuovo Magra e la responsabile del trattamento dei dati è la dr. ssa Antonella Romiti, Capo Area dell'Ufficio dei Servizi Socio-educativi.

**FIRMA (per esteso e leggibile)**

Castelnuovo Magra, \_\_\_\_\_