Amministrazione destinataria

Comune di Offida

Ufficio destinatario

Servizi educativi e scolastici

Domanda di iscrizione al nido d'infanzia (Servizio 0-3 anni all'interno del polo per l'infanzia)

anno scolastico /

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

del 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**

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

CHIEDE

l'iscrizione al nido come segue

Ingresso

- ○ dalle ore 07.30 alle ore 08.00
- ○ dalle ore 08.00 alle ore 08.30
- ○ dalle ore 08.30 alle ore 09.00
- ○ dalle ore 09.00 alle ore 09.15

Frequenza

- ○ frequenza tempo ridotto – uscita
  - ○ dalle ore 12.30 alle ore 13.00
  - ○ dalle ore 13.00 alle ore 13.15
- ○ frequenza tempo pieno – uscita
  - ○ dalle ore 15.30 alle ore 16.00
  - ○ dalle ore 16.00 alle ore 16.30

☑ ambientamento nel mese di

- ○ ottobre
- ○ novembre
- ○ dicembre
- ○ gennaio
- ○ febbraio

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 essere consapevole che l'assolvimenti degli obblighi vaccinali, ai sensi del Decreto legge 07/06/2017, n.73 convertito dalla Legge 04/12/2017, n. 199, costituisce requisito di accesso al nido d'infanzia

☑ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio ogni variazione di residenza, recapiti postali e telefonici, avvenute in seguito alla presentazione della presente domanda, sollevando il Servizio stesso da ogni conseguenza derivante dal mancato aggiornamento dei recapiti

☑ di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela (*)
adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozioneo affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastra, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- ☐ il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- ☐ esistono fratelli/sorelle che frequentano il nido di Offida
- ☐ esistono fratelli/sorelle che frequentano la scuola dell'infanzia di Offida
- ☐ il bambino per cui si richiede l'iscrizione è persona con disabilità ai sensi della L. 104/1992 (come da certificazione in allegata)
- ☐ nel proprio nucleo familiare sono presenti genitori, fratelli o sorelle con condizione di disabilità (come da certificazione in allegata)
- ☐ che il sottoscritto è genitore unico
- ☐ che il sottoscritto è vedovo/a
- ☐ che il sottoscritto è genitore unico ad aver riconosciuto il minore
- ☐ che il sottoscritto è genitore unico a seguito di provvedimento giudiziario

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- ☐ autonomo
- ☐ dipendente a tempo indeterminato
- ☐ dipendente a tempo determinato

Dal **Al**

- ☐ saltuario o occasionale
- ☐ in cerca d'occupazione
- ☐ non occupato
- ☐ altro *(specificare)*

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

☐ che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

☐ autonomo

☐ dipendente a tempo indeterminato

☐ dipendente a tempo determinato

Dal **Al**

☐ saltuario o occasionale

☐ in cerca d'occupazione

☐ non occupato

☐ altro *(specificare)*

Qualifica o professione

Presso

Denominazione/Ragione sociale **Tipologia**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

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 del certificato relativo alle vaccinazioni eseguite
- ☐ copia dell'attestazione ISEE
- ☐ copia del certificato relativo alla disabilità ai sensi della L. 104/1992 del minore iscritto
- ☐ copia del certificato relativo alla disabilità del componente familiare
- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ 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.

Offida		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**