



Amministrazione destinataria

Comune di Offida

Ufficio destinatario

Servizi educativi e scolastici

Domanda di iscrizione all'asilo nido "La Baia di Peter Pan"

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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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 all'asilo nido con modulo orario in

- full-time 7:30 – 16:30
- part-time 7:30 – 13:00

a partire dal mese di settembre

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'assolvimento 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 ()
coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine*

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido
- il bambino per cui si richiede l'iscrizione è portatore di handicap ai sensi della L. 104/1992 (come da certificazione in allegata)
- nel proprio nucleo familiare sono presenti genitori, fratelli o sorelle con handicap (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	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 libretto delle vaccinazioni aggiornato
- copia dell'attestazione ISEE
(in corso di validità, se sotto la soglia di 16.000,00€)
- 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