



COMUNE DI ORTONOVO

PROVINCIA DI LA SPEZIA

tel. 0187/690111-fax 0187/660175

aromi@comune.ortonovo.sp.it

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

		RICHIEDENTE

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

Ortonovo, _____

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)

Ortonovo, _____
