

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO "IL NIDO IN FIORE" A. E. 2019-2020

Istanza contenente dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà e di certificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47, del DPR 28 dicembre 2000, n°445 (disposizioni legislative e regolamentari sulla documentazione amministrativa)

La/Il sottoscritto/a _____

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,
- consapevole che su quanto è dichiarato il Comune si riserva la facoltà di effettuare controlli a campione

DICHIARA

(Barrare con X la risposta corrispondente)

SEZ. 1 - DATI DEL RICHIEDENTE

(persona che compila la domanda in quanto esercita la potestà genitoriale sul/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione)

relazione con il bambino	madre	padre	affidatario	tutore	curatore
Cognome			Nome		
nata/o il		comune di nascita			prov.
stato di nascita			cittadinanza		
comune di residenza				prov.	cap
indirizzo residenza				tel.	cell.
indirizzo mail					
codice fiscale					
eventuale domicilio (indirizzo) ¹					
Persona con handicap riconosciuto ai sensi della Legge 104/92				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì accertata da		in data	n° del documento.....		
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì accertata da		in data	n° del documento.....		

Note: ¹ Indicare l'indirizzo a cui inviare comunicazioni, solo se diverso dalla residenza

SEZ. 2 - DATI DEL/LA BAMBINO/A DA ISCRIVERE

(persona che compila la domanda in quanto esercita la potestà genitoriale sul/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione)

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita		prov.
stato di nascita		cittadinanza	
comune di residenza		prov.	cap
indirizzo residenza			
codice fiscale			
Bambino già frequentante nell'anno educativo precedente		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bambino in lista d'attesa per l'anno scolastico precedente e non ammesso		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bambino orfano di entrambi i genitori		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Eventuali intolleranze o allergie Se si quali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SEZ. 3 - PERIODO E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO

tempo pieno dalle 7.30 alle 18.00 per n. gg.....	<input type="checkbox"/>
tempo parziale dalle 7.30 alle 13.00 per n. gg.....	<input type="checkbox"/>
tempo parziale dalle 12.30 alle 18.00	<input type="checkbox"/>
tempo ridotto (tre ore) dalle ore	<input type="checkbox"/>
A PARTIRE DA	

SEZ. 4 - SITUAZIONE DI DEFICIT

La/il bambina/o per il quale si chiede l'iscrizione è in situazione di deficit/handicap certificato ai sensi della L. 104/92	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Se si: vengono allegati diagnosi funzionale del servizio di Neuro Psichiatria Infantile, ovvero in fase provvisoria certificazione di presa in carico dell'ASL.

SEZ. 5 - PROBLEMI SOCIALI, SANITARI O PSICOLOGICI

La/il bambina/o o la famiglia ha/hanno problemi sociali, sanitari o psicologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

Se si: vengono allegati certificati attestanti situazioni sociali, sanitarie o psicologiche particolari, riferite al/la bambino/a o alla famiglia, che specificano la necessità di inserimento prioritario del/la bambino/a nominativo dell'Assistente Sociale _____ servizio in cui opera _____ indirizzo _____ tel. _____

SEZ. 6 - NUCLEO COMPOSTO DA UN SOLO GENITORE

Il dichiarante è solo in quanto:

- È vedova/o
- È nubile/celibe con figlia/o riconosciuta/o dall'altro genitore e non coabita² con lo stesso
- È divorziata/o dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione (con sentenza n° _____ in data _____ tribunale di _____), non coabita² con tale genitore e non è riconiugata/o
- È legalmente separata/o dal genitore del bambino/a di cui si chiede l'iscrizione (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____) e non coabita² con tale genitore
- Ha presentato istanza di separazione dal genitore del/la bambino di cui si chiede l'iscrizione in data _____ al Tribunale Ruolo generale n° _____ e non coabita² con lo stesso

Note: ² Il genitore è coabitante se è iscritto nello stesso stato di famiglia o se, pur non risultando nello stesso stato di famiglia abita con il/la dichiarante

SEZ. 7 - ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

(presenti nello stato di famiglia o coabitanti³ del/la bambino/a o dei genitori affidatari o del tutore non indicati nelle precedenti sezioni)

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita	prov.	
stato di nascita		cittadinanza	
comune di residenza		prov.	cap
indirizzo residenza			tel.
relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con handicap riconosciuto ai sensi della Legge 104/92		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se si accertata da	in data	n° del documento.....	
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se si accertata da	in data.....	n° del documento.....	

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita	prov.	
stato di nascita		cittadinanza	
comune di residenza		prov.	cap
indirizzo residenza			tel.
relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con handicap riconosciuto ai sensi della Legge 104/92		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se si accertata da	in data	n° del documento.....	
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se si accertata da	in data.....	n° del documento.....	

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita	prov.	
stato di nascita		cittadinanza	
comune di residenza		prov.	cap
indirizzo residenza			tel.
relazione di parentela con il bambino ³			

Persona con handicap riconosciuto ai sensi della Legge 104/92		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se sì accertata da	in data	n° del documento.....	
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se sì accertata da	in data.....	n° del documento.....	

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita	prov.	
stato di nascita		cittadinanza	
comune di residenza		prov.	cap
indirizzo residenza			tel.
relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con handicap riconosciuto ai sensi della Legge 104/92		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se sì accertata da	in data	n° del documento.....	
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se sì accertata da	in data.....	n° del documento.....	

Note: ³Se la/il bambina/o da iscrivere è in affidamento al dichiarante, indicare convenzionalmente come "sorella" o "fratello" i figli dei genitori affidatari, ai fini dell'assegnazione del punteggio. Analogamente se la domanda è presentata dal tutore.

SEZ. 8 - CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEL RICHIEDENTE

1. Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinato a tempo **indeterminato** sì no
 se sì, denominazione datore di lavoro _____
 indirizzo sede di lavoro _____
 quante ore di lavoro svolge alla settimana? _____
 lavora su più turni in maniera non saltuaria? sì no
 se sì, specificare i turni _____
 la sede o il tipo di lavoro comporta un'assenza continuativa dall'abitazione non saltuaria (per tutta la settimana, a settimane alterne, per alcuni mesi l'anno...)? sì no
2. Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinato a tempo **determinato**⁴ sì no
 se sì, denominazione datore di lavoro _____
 indirizzo sede di lavoro _____
 quante ore di lavoro svolge alla settimana? _____
 lavora su più turni in maniera non saltuaria? sì no
 se sì, specificare i turni _____
 la sede o il tipo di lavoro comporta un'assenza continuativa dall'abitazione non saltuaria (per tutta la settimana, a settimane alterne, per alcuni mesi l'anno...)? sì no
- Note: ⁴ il contratto deve essere di almeno 6 mesi
3. Lavoratrice/lavoratore autonoma/o, coadiuvante o libera/o professionista sì no
 se sì, P.IVA _____
 indirizzo sede di lavoro _____
4. Studente lavoratore sì no
 se sì, corso/diploma _____
 scuola/istituto/università di _____
 denominazione datore di lavoro _____
 indirizzo sede di lavoro _____
 quante ore di lavoro svolge alla settimana? _____
 lavora su più turni in maniera non saltuaria? sì no

se sì, specificare i turni _____
la sede o il tipo di lavoro comporta un'assenza continuativa dall'abitazione non saltuaria (per tutta la settimana, a settimane alterne, per alcuni mesi l'anno...)? sì no

5. Studente con obbligo di frequenza obbligatoria diurna di almeno 6 mesi e di 20 ore settimanali sì no

se sì, corso di diploma _____
scuola/istituto/università _____

SEZ. 9 CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELL'ALTRO GENITORE

1. Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinato a tempo **indeterminato** sì no
Se sì: denominazione datore di lavoro _____
indirizzo sede di lavoro _____
quante ore di lavoro svolge alla settimana? _____
lavora su più turni in maniera non saltuaria? sì no
se sì specificare i turni _____
la sede o il tipo di lavoro comporta un'assenza continuativa dall'abitazione non saltuaria (per tutta la settimana, a settimane alterne, per alcuni mesi l'anno...)? sì no

2. Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinato a tempo **determinato**⁵ sì no
se sì, denominazione datore di lavoro _____
indirizzo sede di lavoro _____
quante ore di lavoro svolge alla settimana? _____
lavora su più turni in maniera non saltuaria? sì no
se sì, specificare i turni _____
la sede o il tipo di lavoro comporta un'assenza continuativa dall'abitazione non saltuaria (per tutta la settimana, a settimane alterne, per alcuni mesi l'anno...)? sì no

3. Lavoratrice/lavoratore autonoma/o, coadiuvante o libera/o professionista sì no
se sì, P.IVA _____
indirizzo sede di lavoro _____

4. Studente lavoratore sì no
se sì, corso/diploma _____
scuola/istituto/università di _____
denominazione datore di lavoro _____
indirizzo sede di lavoro _____
quante ore di lavoro svolge alla settimana? _____
lavora su più turni in maniera non saltuaria? sì no
se sì, specificare i turni _____
la sede o il tipo di lavoro comporta un'assenza continuativa dall'abitazione non saltuaria (per tutta la settimana, a settimane alterne, per alcuni mesi l'anno...)? sì no

Note: ⁵ il contratto deve essere di almeno 6 mesi

5. Studente con obbligo di frequenza obbligatoria diurna di almeno 6 mesi e di 20 ore settimanali sì no

se sì, corso di diploma _____
scuola/istituto/università _____

SEZ. 10 – EVENTUALI ALTRI FRATELLI FREQUENTANTI O ISCRITTI ALL’ASILO NIDO

Altri figli/figlie frequentanti questo asilo nido nell’anno scolastico precedente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

Se si: indicare cognome e nome dell’altra/o figlia/o _____

Si precisa che, qualora le domande fossero in numero superiore ai posti disponibili, saranno stilate le graduatorie in ottemperanza ai criteri e punteggi approvati dal Comune di Rosta e allegati al Regolamento

data _____

Firma

Si allega fotocopia del documento di identità del richiedente