



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO D'INFANZIA
"IL NIDO IN FIORE" a. e. 2024-2025**

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 sottoscritta/o _____

- 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 una X la risposta corrispondente)

SEZ. 1 - DATI DEL RICHIEDENTE a cui saranno intestate le fatture delle rette mensili pagate
(persona che compila la domanda in quanto esercita la potestà genitoriale sul/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione)

Relazione con il bambino che si vuole iscrivere:	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					
Con invalidità uguale o superiore al 75%	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		
Con invalidità inferiore al 75%	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		

Note: ¹ Indicare 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			
In lista d'attesa per l'anno scolastico precedente e non ammesso			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Orfano di entrambi i genitori			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha un unico genitore (orfani di un genitore, non riconosciuti, con genitore trattenuto presso la casa circondariale, con un solo genitore in possesso della responsabilità genitoriale, in caso di affidamento esclusivo, ovvero in caso di irreperibilità anagrafica accertata di un genitore)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Figlio di genitori separati/divorziati che non coabitano ²			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Figlio di genitori celibi/nubili che hanno riconosciuto il bambino ma non coabitano ²			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
In condizione di gemellarità			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Disabile certificato ai sensi della L.104/92			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Con particolari situazioni di disagio segnalato dai Servizi Sociali			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri fratelli/sorelle			Indicare n. _____

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. 3 – PERIODO E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO

Tempo pieno dalle 7.30 alle 18.00	<input type="checkbox"/>
Tempo parziale dalle 7.30 alle 13.00 o dalle 12.30 alle 18.00	<input type="checkbox"/>
Per n. giorni alla settimana	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3
Tempo ridotto dalle ore 10.00 alle ore 13.00 (due posti ogni anno)	<input type="checkbox"/>
Inizio frequenza a partire dal mese di: <input type="checkbox"/> settembre <input type="checkbox"/> ottobre <input type="checkbox"/> novembre <input type="checkbox"/> dicembre e fino al 31 luglio 2025	
S'intende utilizzare il CoSpazio (solo per bambini di età inferiore a sei mesi all'01/09/24, il cui genitore possa e intenda lavorare da remoto presso lo spazio attrezzato del Nido)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SEZ. 4 - 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.
Relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita		prov.
Relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita		prov.
Relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Cognome		Nome	
nata/o il	comune di nascita		prov.
Relazione di parentela con il bambino ³			
Persona con invalidità uguale o superiore al 75%		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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. 5 - CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEL RICHIEDENTE

A tempo indeterminato - N.ore settimanali da contratto _____ Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A tempo determinato di almeno 12 mesi - N.ore settimanali da contratto _____ Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A tempo determinato inferiore a 12 mesi - N.ore settimanali da contratto _____ Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lavoratore autonomo Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Studente di corso di studi con frequenza obbligatoria diurna Denominazione _____ Sede _____ Orari di frequenza _____ Durata _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Studente lavoratore Denominazione _____ Sede _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Sede o tipo di lavoro che richiede assenza continuativa dall'abitazione senza il rientro serale (per tutta la settimana, a settimane/mesi alterni, per alcuni periodi dell'anno)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività lavorativa che richiede impegno notturno non saltuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZ. 6 CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELL'ALTRO GENITORE

A tempo indeterminato - N.ore settimanali da contratto _____ Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A tempo determinato di almeno 12 mesi - N.ore settimanali da contratto _____ Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A tempo determinato inferiore a 12 mesi - N.ore settimanali da contratto _____ Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lavoratore autonomo Nome impresa _____ Sede di lavoro _____ Qualifica _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Studente di corso di studi con frequenza obbligatoria diurna Denominazione _____ Sede _____ Orari di frequenza _____ Durata _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Studente lavoratore Denominazione _____ Sede _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Sede o tipo di lavoro che richiede assenza continuativa dall'abitazione senza il rientro serale (per tutta la settimana, a settimane/mesi alterni, per alcuni periodi dell'anno)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attività lavorativa che richiede impegno notturno non saltuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZ. 7 – EVENTUALI ALTRI FRATELLI FREQUENTANTI IL NIDO IN FIORE

Altri figli/figlie frequentanti questo nido d'infanzia nell'anno scolastico precedente a quello per il quale si presenta la domanda Indicare cognome e nome dell'altra/o figlia/o _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

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 all'interno del Regolamento Generale e della Carta dei Servizi.

Data _____

Firma _____

Data consegna Firma ricevente

E' obbligatorio allegare la fotocopia del documento di identità del richiedente