



## DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO

### PREFERENZA:

IL TRENNINO

PRATO FIORITO

ANNO EDUCATIVO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE L'INSERIMENTO ALL'ASILO NIDO DEL BAMBINO/A

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Frequenza prevista:	TEMPO PART-TIME (07.30 - uscita entro le 13.00)	<input type="checkbox"/>
	(13.00 - uscita entro le 18.00)	<input type="checkbox"/>
	TEMPO RIDOTTO (07.30 - uscita entro le 16.30)	<input type="checkbox"/>
	TEMPO PIENO (07.30 - uscita entro le 18.00)	<input type="checkbox"/>

Parte riservata all'Ufficio							
Graduatoria	posizione n.		punteggio				
	Retta tempo ridotto	Retta tempo pieno	Retta tempo Part-time (7.30 - 13.00)	Retta tempo Part-time (13.00 - 18.00)	Riduzione	Maggiorazione	Retta applicata
Retta provvisoria							
Retta definitiva							
Variazioni							

**AI FINI DELLA GRADUATORIA DICHIARA LE SEGUENTI CONDIZIONI:**

			Riservato all'ufficio	
Il bambino iscritto presenta delle disabilità	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si
Nel proprio nucleo familiare è presente:				
▪ un solo genitore	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si
▪ un familiare portatore di handicap	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si
▪ n. _____ figli di cui minori n. _____				
<input type="checkbox"/> Di essere non occupato;				
<input type="checkbox"/> Di lavorare presso la ditta : _____ località _____ telefono _____				
con contratto a tempo: <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> part-time				
Il coniuge/convivente:				
<input type="checkbox"/> non è occupato <input type="checkbox"/> lavora presso la ditta : _____ località _____ telefono _____				
con contratto a <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> tempo pieno tempo: <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> part-time				
<input type="checkbox"/> L'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare è di € _____ valido fino a _____				
<input type="checkbox"/> Non presenta certificazione ISEE				
<input type="checkbox"/> E' rimasto in lista d'attesa nella graduatoria A.E. _____				
<input type="checkbox"/> Parenti residenti nel Comune ai quali abitualmente è affidata la custodia del bambino (per i non residenti)				
<input type="checkbox"/> La famiglia è seguita dal Settore Interventi Sociali				
Ulteriori informazioni _____				
<input type="checkbox"/> Dichiaro di NON aver iscritto mio figlio presso altri asili nido				

**SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- Autocertificazione attestante la residenza presso il Comune di \_\_\_\_\_, stato civile, stato di famiglia.
- Fotocopia carta d'identità o permesso di soggiorno (per gli stranieri)
- Attestazione ISEE di € \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_
- Copia verbale invalidità e/o riconoscimento L.104/92 intestato a \_\_\_\_\_

- Dichiarazione del datore di lavoro con indicazione del tempo lavoro (full-time o part-time) per il Sig. \_\_\_\_\_
- Dichiarazione del datore di lavoro con indicazione del tempo lavoro (full-time o part-time) per il Sig. \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione riguardante le informazioni necessarie per l'iscrizione all'asilo nido anno educativo \_\_\_\_\_**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 D.P.R. 455 del 28 dicembre 2000, ed informato che, ai sensi della vigente normativa, è facoltà dell'Amministrazione ricevente procedere alla verifica delle dichiarazioni, consapevole che affermazioni non veritieri comportano la decadenza dei benefici eventualmente acquisiti

**DICHIARA**

Di essere  coniugato/a  celibe  nubile  separato/a  vedovo/a

Di essere residente con la mia famiglia nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

	Cognome e nome	Rapporto di parentela	Luogo e data di nascita	Codice fiscale
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Firma del dichiarante

Data \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del R.E. 679/2016 (protezione dei dati personali): i dati riportati nel presente documento sono necessari al fine del completamento del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.**

**Consenso al trattamento dei dati personali:**

In relazione all’informatica prevista dall’art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016  
“Codice in materia di protezione dei dati personali”

**DICHIARO**

- di autorizzare il trattamento dei dati personali, anorché “sensibili”, che verranno utilizzati nel rispetto della legge sopra menzionata al solo scopo di espletare l’istruttoria da parte del Servizio Sociale;
- di acconsentire, altresì, la comunicazione a soggetti terzi che svolgono attività strettamente funzionale al Servizio;
- di essere consapevole che in mancanza del mio consenso il Servizio potrebbe trovarsi nell’impossibilità di perseguire le proprie finalità istituzionali.

**Firma del dichiarante**

Data \_\_\_\_\_