



Amministrazione destinataria

Comune di Imperia

Ufficio destinatario

Ufficio Scuola

Domanda di iscrizione all'asilo nido

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 | Interno | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Domicilio | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |

del bambino

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------|------------------|--|----------------|--|--|--|--|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | |

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 al servizio di asilo nido presso una delle seguenti sedi

- I Cuccioli – Piazzetta De Negri, 2a
- Gli Scoiattoli – Via Porta Nuova, 3

Tipo di iscrizione

- tempo pieno
- part-time

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 possedere un ISEE MINORENNI

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

di non voler presentare l'Attestazione ISEE MINORENNI e, pertanto, di essere consapevole che mi verrà applicata per tutto l'anno didattico la tariffa massima prevista per il servizio richiesto

che il bambino è persona con disabilità

no

sì

Nome della struttura sanitaria di riferimento

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

che è ospite di strutture tutelari per minori

no

sì

che è stato ottenuto in affidamento familiare e/o preadottivo

no

sì

che si è collocato utilmente nella precedente graduatoria ma non è stato ammesso

no

sì

che il nucleo familiare anagrafico è composto da entrambi i genitori

no

Nucleo monoparentale dissociato

vedovo/a

ragazzo/a padre/madre con figlio non riconosciuto dall'altro genitore che non abbia ricostruito un nuovo nucleo familiare

genitore con affido esclusivo

sì

che vi sono familiari conviventi con disabilità motoria e/o psico-sensoriale e/o con invalidità prevista dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 05/12/2013, n. 159

no

sì

Cognome

Nome

Grado di parentela

| Cognome | Nome | Grado di parentela |
|---------|------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

che il nucleo familiare anagrafico si trova in particolari ed eccezionali condizioni

no

sì

che i genitori svolgono il seguente tipo di impiego/studio

primo genitore

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Professione

Tipologia di professione

autonomo

part time

full time

dipendente

part time

full time

studente

lavoratore occasionale

disoccupato o inoccupato ed iscritto al centro per l'impiego

secondo genitore

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Professione

Tipologia di professione

- autonomo
 - part time
 - full time
- dipendente
 - part time
 - full time
- studente
- lavoratore occasionale
- disoccupato o inoccupato ed iscritto al centro per l'impiego

la famiglia ha altri figli

Numero figli

il 2° figlio

Cognome

Nome

Data di nascita

Frequenta la scuola

- no
- sì

Nome della scuola

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

- in età non scolare

il 3° figlio

Cognome

Nome

Data di nascita

Frequenta la scuola

- no
- sì

Nome della scuola

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

- in età non scolare

il 4° figlio

Cognome

Nome

Data di nascita

Frequenta la scuola

- no
- sì

Nome della scuola

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Presentazioni non usare per

la famiglia ha dei bambini ottenuti in affidamento familiare/preadottivo

Numero figli

il 2° figlio e/o bambino in affidamento familiare/preadottivo

Cognome

Nome

Data di nascita

Frequenta la scuola

no

sì

Nome della scuola

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

in età non scolare

il 3° figlio e/o bambino in affidamento familiare/preadottivo

Cognome

Nome

Data di nascita

Frequenta la scuola

no

sì

Nome della scuola

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

in età non scolare

il 4° figlio e/o bambino in affidamento familiare/preadottivo

Cognome

Nome

Data di nascita

Frequenta la scuola

no

sì

Nome della scuola

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

in età non scolare

INOLTRE DICHIARA

- che, in corso d'anno, prende atto che verrà richiesto di autorizzare il servizio all'utilizzo di foto e/o riprese del /della proprio/a figlio/a per ragioni connesse alle attività svolte istituzionalmente sia nell'ambito del Nido che all'esterno dello stesso in occasione di uscite didattiche/eventi particolari
- che si impegna a sottoporre il/la bambino/a, per cui presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla vigente normativa (Legge 119/2017 e s. m.e i. e relativi atti applicativi), e autorizza le eventuali comunicazioni fra il Concessionario e l'A.S.L. n. 1 Imperiese, finalizzate all'acquisizione delle relative informazioni e di essere informato/a che l'inottemperanza di tale obbligo preclude la frequenza al servizio
- di essere consapevole dell'esistenza di misure statali in vigore finalizzate ad abbattere i costi di iscrizione e frequenza al servizio

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 provvedimento dell'autorità giudiziaria minorile
- copia della certificazione attestante la percentuale di invalidità
- copia della certificazione medica attestante condizione di disabilità grave
- 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.

Imperia

Luogo

Data

il dichiarante