



Amministrazione destinataria

Comune di Vigodarzere

Ufficio destinatario

Domanda di rinnovo dell'iscrizione all'asilo nido comunale "Il piccolo principe"

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

del minore

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

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

il rinnovo dell'iscrizione del proprio figlio all'asilo nido comunale "Il piccolo principe", con la seguente richiesta

- tempo pieno (8:00 – 16:00)
- part time (8:00 – 13:00) con riduzione della retta del 20%
- prolungamento (entro le ore 17:30) con maggiorazione della retta del 20%.

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

che i dati del padre sono i seguenti

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

che svolge la seguente attività lavorativa

dipendente

Specificare

autonoma

Specificare

Partita IVA

Iscrizione alla seguente camera di commercio

Numero

Data

Iscrizione al seguente albo professionale

Numero

Data

L'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso la seguente ditta o studio

Denominazione

Telefono

Sede abituale di lavoro

Orario di lavoro

non svolge attività lavorativa

non appartiene al nucleo familiare

che i dati della madre sono i seguenti

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

che svolge la seguente attività lavorativa

dipendente

Specificare

autonoma

Specificare

Partita IVA

Iscrizione alla seguente camera di commercio

Numero

Data

Iscrizione al seguente albo professionale

Numero

Data

L'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso la seguente ditta o studio

Denominazione

Telefono

Sede abituale di lavoro

Orario di lavoro

- non svolge attività lavorativa
 non appartiene al nucleo familiare

- che il nucleo familiare del bambino è così composto

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	% Disabilità (***)

Grado di parentela (*)

coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

Disabilità (***)

nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%

- che per il medesimo anno scolastico è stata chiesta l'iscrizione all'asilo nido per l'altro figlio

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- che sussistono le seguenti altre particolari condizioni familiari, personali o lavorative

Specificare

- di essere consapevole che se interessato ad avversi del tempo prolungato deve compilare e allegare uno specifico modulo e che l'attivazione del prolungamento viene attivato in presenza di almeno sei domande ad inizio anno e solo per i bambini che hanno superato il 12° mese di età, come da regolamento vigente
- di essere consapevole che l'attestazione ISEE (e la collegata DSU se richiesta) dovranno essere presentate sia per ottenere il coefficiente più favorevole per il punteggio di ammissione, sia per l'applicazione della retta agevolata
- di essere consapevole che per l'attribuzione del punteggio relativo alle condizioni di handicap o invalidità dovrà essere allegato alla domanda il certificato rilasciato dalla Commissione Medica di prima istanza e che nel caso in cui il bambino iscritto sia portatore di handicap dovrà essere allegata o fatta pervenire al più presto anche la "Diagnosi funzionale e clinica" redatta dall'AULSS o dal centro che ha in cura il bambino

- di essere consapevole che eventuali variazioni dei dati dichiarati nella presente domanda dovranno essere comunicati per iscritto all'ufficio servizi sociali del comune tempestivamente e, comunque, non oltre 30 giorni dalla data di chiusura della raccolta delle domande
- di essere consapevole che la graduatoria di novembre è integrativa ed utile per coprire i posti disponibili dal 1° gennaio successivo, mentre per i successivi anni scolastici, qualora i bambini rientrino per età, saranno inseriti con precedenza purché abbiano confermato la frequenza con la presentazione entro il 31 maggio dell'apposito modulo corredato dalla nuova attestazione ISEE, come da regolamento vigente, art. 6, com. 6

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 dell'attestazione ISEE
- copia della dichiarazione sostitutiva unica (DSU)
- copia del verbale della commissione medica
- copia della documentazione di "diagnosi funzionale e clinica"
- 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.

Vigodarzere

Luogo

Data

il dichiarante