



COMUNE DI ADRIA

SPAZIO
RISERVATO
ALL'UFFICIO

SERVIZI SOCIO
ASSISTENZIALI

Spazio riservato al Protocollo

SPORTELLO
SOLIDARIETA' SOCIALE

DATA INSERIMENTO	RETTA STABILITA	DATA DIMISSIONI
/ /	€	/ /

Domanda di Iscrizione ASILO NIDO "MAGICABULA"

(COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

>GENITORE CHE EFFETTUERÀ PAGAMENTI DELLE RETTE (BONUS ASILO NIDO O DETRAZIONE FISCALE)<					
IL SOTTOSCRITTO:					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
RESIDENZA					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono fisso/cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

CHIEDE l'iscrizione all'asilo nido comunale per l' ANNO EDUCATIVO

del bambino/a				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Frequenza				
<input type="checkbox"/> tempo pieno		<input type="checkbox"/> tempo parziale		
Iscrizione				
<input type="checkbox"/> prima iscrizione		<input type="checkbox"/> già frequentante		

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dell'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 dell'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA



1) AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO FAMILIARE

Indicare i componenti del nucleo familiare (compreso figlio/a da iscrivere):

<input type="checkbox"/> Componente 1 (GENITORE DICHIARANTE)				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Grado di parentela			Professione	

STATO CIVILE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coniugato | <input type="checkbox"/> Celibe |
| <input type="checkbox"/> Legalmente Separato | <input type="checkbox"/> Vedovo/a |
| <input type="checkbox"/> Legalmente Divorziato | <input type="checkbox"/> Genitore Unico (figlio non riconosciuto da altro genitore) |

<input type="checkbox"/> Componente 2				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Grado di parentela			Professione	

<input type="checkbox"/> Componente 3				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Grado di parentela			Professione	

<input type="checkbox"/> Componente 4				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Grado di parentela			Professione	

<input type="checkbox"/> Componente 5				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Grado di parentela			Professione	

<input type="checkbox"/> Componente 6				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Grado di parentela			Professione	

2) AUTOCERTIFICAZIONE CONDIZIONI LAVORATIVE

il nucleo familiare presenta le seguenti situazioni che hanno diritto all'attribuzione di punteggio per l'inserimento in graduatoria

Condizione lavorativa della MADRE			
<input type="radio"/>	genitore non lavoratore	<input type="radio"/>	genitore lavoratore
Orario lavorativo			
<input type="radio"/>	Tempo Pieno	<input type="radio"/>	Tempo Parziale
			ORE TOTALI SETTIMANALI
Azienda o ente presso cui lavora			
Indirizzo sede di lavoro <i>indicare l'indirizzo del luogo di lavoro (e non la sede amministrativa dell'azienda o dell'ente) o in alternativa indicare tipologia di lavoro che necessita di spostamento dal luogo di residenza</i>			

Condizione lavorativa del PADRE			
<input type="radio"/>	genitore non lavoratore	<input type="radio"/>	genitore lavoratore
Orario lavorativo			
<input type="radio"/>	Tempo Pieno	<input type="radio"/>	Tempo Parziale
			ORE TOTALI SETTIMANALI
Azienda o ente presso cui lavora			
Indirizzo sede di lavoro <i>indicare l'indirizzo del luogo di lavoro (e non la sede amministrativa dell'azienda o dell'ente) o in alternativa indicare tipologia di lavoro che necessita di spostamento dal luogo di residenza</i>			

Disabilità	
<input type="radio"/>	Dichiaro che il bambino/a è disabile come certificato dalle competenti strutture sanitarie ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104
	Allegare documentazione di disabilità rilasciata dalle competenti strutture sanitarie

Tariffa agevolata		
<input type="radio"/>	Non chiede l'accesso a tariffa agevolata in base alle fasce ISEE	
<input type="radio"/>	Comunica le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare	
	Importo ISEE	Data di rilascio
		Protocollo DSU

Eventuali annotazioni

Documenti da ALLEGARE

- Copia fronte retro del documento di identità e della tessera sanitaria
- Copia Libretto Vaccinazioni

Firma Genitore Dichiarante

DATA: _____
