

**Amministrazione destinataria**

Comune di Galgagnano

Ufficio destinatario

Ufficio servizi scolastici

Domanda di iscrizione all'asilo nido***Ai sensi del Decreto interministeriale 31/12/1983******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	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

del bambino/a

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

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 all'asilo nido con modulo orario in

- full-time
- part-time

a partire da

Data di inizio frequenza

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 il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stato civile	Rapporto di parentela	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stato civile	Rapporto di parentela	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stato civile	Rapporto di parentela	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stato civile	Rapporto di parentela	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
- il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- autonomo
- dipendente a tempo indeterminato
- dipendente a tempo determinato

Dal Al

- saltuario o occasionale
- in cerca d'occupazione
- non occupato
- altro (specificare)

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale

Tipologia

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale

- no
- si
 - per maternità o allattamento
- per nuova maternità o gravidanza

Dal Al

Dal Al

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- autonomo
- dipendente a tempo indeterminato
- dipendente a tempo determinato

Dal Al

- saltuario o occasionale
- in cerca d'occupazione
- non occupato
- altro (specificare)

Qualifica o professione**Presso**

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale no si per maternità o allattamento

Dal

Al

 per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

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 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.

Galgagnano

Luogo

Data

il dichiarante