



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Santa Margherita Ligure

**Ufficio destinatario**  
Nido d'infanzia

## Domanda di iscrizione al nido di infanzia comunale

### Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

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

### CONSAPEVOLE

- delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite ai sensi degli artt.71, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000;
- di quanto deliberato con gli atti normativi dall'Amministrazione Comunale in merito alla determinazione delle tariffe dei servizi scolastici e ai relativi regolamenti di utilizzo;
- che in caso di mancato pagamento della tariffa attribuita, l'Amm.ne Com.le potrà procedere alla sospensione del servizio e comunque al recupero coattivo del credito;
- che qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell'iscrizione e l'eventuale rinuncia al servizio richiesto, dovranno essere tempestivamente comunicati per iscritto ai Servizi Scolastici del Comune di Santa Margherita Ligure;

### CHIEDE

l'ammissione alla frequenza del nido d'infanzia comunale per l'anno scolastico

Anno scolastico

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, così come espressamente stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000) ,

### DICHIARA

- di essere cittadino italiano o di uno Stato aderente all'Unione Europea
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in regola con le disposizioni di cui alla vigente normativa .

Che il nucleo familiare, quale risulta dalla dichiarazione ISEE, 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	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<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	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<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	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

**componente n. 4**

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

**Situazione del bambino**

- che il minore è persona con disabilità certificata o ai sensi della legge 104/92 o da attestazione DPCM n° 158/06 o da diagnosi rilasciata da ente pubblico/convenzionato
- che il nucleo familiare del minore presenta una situazione socio-sanitaria di disagio segnalata e documentata da parte del competente Servizio Sociale e Sociosanitario

**situazione famiglia**

- di avere numero figli a carico di età inferiore ai 16 anni oltre il minore per cui si presenta la richiesta di iscrizione
- Numero figli**
- 
- di avere in famiglia una persona con disabilità
- assenza di uno dei genitori dal nucleo per morte o separazione legale, situazione tale da determinare la deprivatione di una figura genitoriale
- di essere stato inserito nella graduatoria precedente senza esito positivo
- assenza di entrambi i genitori dal nucleo familiare
- di trovarsi in situazione particolare non identificabile ai punti precedenti

**Condizione professionale del padre**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Indirizzo</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Professione</b>		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> lavoratore		
<b>Presso</b>		
<input type="text"/>		
<b>Sede di</b>	<b>Via</b>	<b>Telefono</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> con orario di lavoro continuativo a tempo pieno		
<input type="radio"/> con orario di lavoro continuativo part-time		
<b>Ore di lavoro settimanali</b>		<b>Mesi di lavoro annuali</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="radio"/> in attesa di occupazione		
<input type="radio"/> altro (specificare) <input type="text"/>		

**Condizione professionale della madre**

Cognome

Nome

Indirizzo

Professione

 lavoratore

Presso

Sede di

Via

Telefono

 con orario di lavoro continuativo a tempo pieno con orario di lavoro continuativo part-time

Ore di lavoro settimanali

Mesi di lavoro annuali

 in attesa di occupazione altro (specificare)**Situazione economica del nucleo** valore ISEE

Importo

€

 il sottoscritto non certifica alcun valore ISEE e si dichiara consapevole del fatto che il relativo punteggio non verrà attribuito, come previsto dal regolamento comunale

- di aver letto, compreso ed accettato integralmente il Regolamento di gestione del Nido d'infanzia Comunale pubblicato sul sito istituzionale del Comune
- di manlevare l'Amministrazione Comunale per errori, omissioni, modificazioni di ogni dato relativo e necessario al procedimento derivanti da mancata comunicazione da parte del sottoscritto; di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- di essere adempienti rispetto all'obbligo vaccinale nei termini della vigente Normativa e di impegnarsi a portare la relativa documentazione comprovante l'effettiva adempienza il primo giorno di ingresso all'Asilo
- di essere a conoscenza che la famiglia deve formalmente comunicare al Comune la rinuncia alla frequenza almeno 15 giorni prima dell'ultimo giorno di frequenza. In caso di rinuncia non effettuata con le modalità e nei termini di cui sopra, fa fede la data del protocollo generale dell'Ente sulla comunicazione di cui trattasi. Sulla base della data indicata sarà determinato l'importo proporzionale della retta di frequenza.
- di essere a conoscenza che verranno effettuati controlli sui dati dichiarati ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445 del 2000, in conformità con quanto previsto in sede di conferenza unificata che prevede la modalità di accesso alle banche dati e di segnalazioni qualificate, intendendosi per "posizione riferite a soggetti nei confronti dei quali si possono evidenziare senza ulteriori elaborazioni logiche comportamenti evasivi od elusivi".

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 documentazione sanitaria attestante la disabilità
- copia della certificazione rilasciata dal Centro dell'Impiego
- 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.

Santa Margherita Ligure

Luogo

Data

il dichiarante