

CHIEDO

- L'iscrizione all'asilo nido comunale
- La conferma all'iscrizione all'asilo nido comunale (per coloro che hanno frequentato il nido nell'anno educativo 2016-17)

per mio figlio (COGNOME e NOME) _____

nato/a a _____ il _____

(Indicare se nascituro e in questo caso allegare certificato medico attestante la data presunta)

per la seguente fascia oraria:

- tempo corto:** dalle ore 8.00 alle ore 13.00
- tempo normale:** dalle ore 8.00 alle ore 17.00

MI IMPEGNO

Successivamente all'accoglimento dell'istanza:

- a corrispondere la quota di contribuzione mensile al costo del servizio;
- a comunicare entro 5 giorni e in forma scritta l'eventuale rinuncia o ritiro del bambino dal servizio.

E inoltre

- **autorizzo** qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda;
- **mi impegno** a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;
- **sono consapevole** che in caso di non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il sottoscritto decade dal diritto di assegnazione dal servizio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera;
- **sono consapevole** della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28.12.00 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione dal servizio;
- **dichiaro** di essere informato circa le attuali tariffe in vigore e mi impegno a versare gli importi dovuti entro le scadenze indicate;
- **dichiaro** di impegnarmi a rispettare il **vigente Regolamento e la Nota Informativa 2017/2018**

DATA _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

INFORMAZIONE RELATIVA ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI

Ai fini di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), si informano gli interessati che i dati di cui alla presente domanda sono trattati con procedure automatizzate e manuali solo dai dipendenti designati, incaricati del trattamento in relazione al procedimento per il quale sono stati rilasciati; il conferimento dei dati ha natura facoltativa; la conseguenza di un eventuale rifiuto a rispondere comporta l'impossibilità da parte dell'Amministrazione Comunale e della concessionaria di dar corso al procedimento; i dati raccolti resteranno in possesso dell'Amministrazione Comunale e della Coop. Stripes fatta salva l'esigenza di altri Enti e/o Organismi per finalità connesse al procedimento per il quale sono stati rilasciati. E' richiesto quindi il consenso al trattamento dei dati conferiti ai sensi dell'art. 23, comma 3, del D.Lgs 196/2003, che si intende reso con la firma apposta in calce alla presente domanda. I titolari del trattamento dati sono il Comune di Torrevecchia Pia, Via Roma 1, e la concessionaria Coop. Stripes.

E' possibile altresì rivolgersi al Comune di TORREVECCHIA PIA - Servizio Istruzione e alla Coop. Stripes per avere pieno riscontro di quanto dichiarato. per esercitare i diritti degli interessati alla riservatezza dei dati previsti dall'art. 7 e 10 del D.Lgs. 196/2003.

DICHIARO

ai sensi del dpr445/2000 quanto segue:

| | | |
|---|--|------------------------------|
| DATI RIGUARDANTI L'OCCUPAZIONE DEI GENITORI | | SPAZIO RISERV. UFFICIO |
| LAVORO DEI GENITORI , si considerano quali attività lavorative: il lavoro dipendente anche in caso di cassa integrazione ordinaria, il lavoro autonomo, il contratto formazione-lavoro, l'apprendistato, il lavoro interinale | | |
| Dati riguardanti il padre | | |
| Nome e Cognome Età | | |
| Codice Fiscale | | |
| Telefono e-mail | | |
| Titolo di studio (solo a fini statistici) | | |
| Occupazione | | |
| Nome Ditta | | |
| Sede a Via | | |
| <p>Orario settimanale di lavoro (escluso il tempo di andata e ritorno dal posto di lavoro e ore straordinarie), barrare solo la casella che corrisponde alla propria situazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fino a 8 ore ▪ da 19 a 36 ore ▪ oltre le 36 ▪ lavoratore saltuario (oltre tre mesi nell'anno in corso o nel precedente) | | |
| Dati riguardanti la madre | | |
| Nome e Cognome Età | | |
| Codice fiscale | | |
| Telefono e-mail | | |
| Titolo di studio (solo a fini statistici) | | |
| Occupazione | | |
| Nome Ditta | | |
| Sede a Via | | |
| <p>Orario settimanale di lavoro (escluso il tempo di andata e ritorno dal posto di lavoro e ore straordinarie), barrare solo la casella che corrisponde alla propria situazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fino a 8 ore ▪ da 19 a 36 ore ▪ oltre le 36 ▪ lavoratore saltuario (oltre tre mesi nell'anno in corso o nel precedente) | | |

| DATI RIGUARDANTI I FAMILIARI DEL BAMBINO (compresi nello stato di famiglia) | SPAZIO PER IL GENITORE | SPAZIO RISERV. UFFICIO |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Altri figli da 0 a 3 anni | | |
| Altri figli da 4 a 6 anni | | |
| Altri figli che frequentano il nido | | |
| Esistenza in vita di un solo genitore | | |
| Condizioni di salute del padre Padre con grave invalidità (superiore al 66%) o infermità (allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità o infermità) | | |
| Condizioni di salute della madre Madre con grave invalidità (superiore al 66%) o infermità (allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità o infermità) | | |
| Madre in gravidanza (allegare certificato medico) | | |
| Componenti (non genitori) della famiglia con grave invalidità (superiore al 66%) o infermità (allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità o infermità) | | |
| Dati riguardanti il bambino per cui si presenta la domanda | | |
| Il bambino è portatore di handicap? (se sì allegare certificato) | SI NO | |
| Il bambino presenta gravi problemi psico-fisici; infermità? (se sì allegare certificato) | SI NO | |
| Il bambino è orfano o riconosciuto da un solo genitore? | SI NO | |
| La famiglia del bambino è seguita dai servizi sociali? (se sì allegare relazione dei servizi sociali) | SI NO | |
| Il bambino è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie? Presso quale ASL? allegare certificato vaccinale | SI NO | |
| Dati riguardanti la situazione economica del nucleo familiare determinata ai sensi dei D.Lgs. 109/98 e D.Lgs. L30/2000 (non rilevanti ai fini del punteggio) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ VALORE ISEE _____ DATA RILASCIO _____ <p>La compilazione può essere omessa allegando la certificazione ISEE Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di assegnazione di posto al nido, ai sensi dell'art. 4 comma 8 del D.Lgs 109/98 e successive modificazioni possono essere eseguiti controlli anche da parte della Guardia di Finanza diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite e effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DICHIARO DI NON PRESENTARE LA DICHIARAZIONE ISEE consapevole che la mancata presentazione comporta l'applicazione della tariffa massima prevista per la fascia richiesta | | |
| ALTRE INFORMAZIONI CHE SI VOGLIONO FORNIRE | | |
| EVENTUALI RICHIESTE | | |