

	Amministrazione destinataria Comune di Rubano	
	Ufficio destinatario Ufficio sport, pubblica istruzione, politiche giovanili	

Domanda di iscrizione all'asilo nido comunale 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	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
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												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Condizione di disabilità riconosciuta												
<input type="checkbox"/> a cui è stata riconosciuta una disabilità ai sensi della Legge 02/05/1990, n. 104												
pertanto allega copia della certificazione medica												

CHIEDE

che il minore sopra indicato venga accolto presso l'asilo nido comunale "Mariele Ventre - Il nido delle voci" nella seguente fascia di età

Fascia di età	
<input type="radio"/>	lattante (da 3 a 12 mesi)
<input type="radio"/>	divezzo (dai 13 mesi ai 3 anni)
nella seguente fascia di orario	
Orario	
<input type="radio"/>	orario ridotto (dalle 7:30 alle 13:00)
<input type="radio"/>	orario normale (dalle 7:30 alle 16:30)
Prolungamento orario	
<input type="checkbox"/>	prolungamento orario (dalle 16.30 alle 18.30)
Orario di lavoro del genitore sottoscritto	

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 impegnarsi a rispettare l'orario assegnato per la durata dell'intero anno scolastico
- di essere disponibile a modificare la modulazione dell'orario indicato nel caso di indisponibilità di posti nell'orario scelto (es: da orario ridotto a orario normale o da orario normale a orario ridotto)
- di essere a conoscenza degli importi delle rette mensili previste per l'anno scolastico
- che il minore sopra indicato

<input type="radio"/>	è stato sottoposto alle vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale
<input type="radio"/>	non è stato sottoposto alle vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale

DICHIARA INOLTRE

- che il minore sopra indicato è figlio di un dipendente di un'azienda che ha sottoscritto con il gestore del nido una convenzione nell'ambito del programma di welfare aziendale

Genitore		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Azienda		

COMUNICA

le informazioni sulla situazione familiare

Genitori					
<input type="checkbox"/>	presenza di entrambi i genitori				
<input type="checkbox"/>	genitore vedovo, sperato legalmente o divorziato con affidamento esclusivo del figlio che ha un coniuge o un convivente more uxorio che non è l'altro genitore del bambino (*)				
<input type="checkbox"/>	genitori separati legalmente o divorziati, con affidamento condiviso del figlio in base alla Legge 08/02/2006, n. 54				
<input type="checkbox"/>	genitori del bambino, unito in matrimonio e iscritti in separati stati di famiglia				
<input type="checkbox"/>	presenza di un solo genitore: ragazza madre, ragazzo padre, vedovo, separato legalmente o divorziato con affidamento esclusivo del figlio				
Numero fratelli o sorelle (**)					
<input type="checkbox"/>	fratello di minore frequentante il nido comunale				
<table border="1"><thead><tr><th>Cognome</th><th>Nome</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		Cognome	Nome		
Cognome	Nome				

(*) *Coniuge o un convivente more uxorio*

Con il termine "convivenza more uxorio" (o famiglia di fatto) si indica genericamente l'unione stabile e la comunione di vita spirituale e materiale tra due persone, non fondata sul matrimonio. La famiglia di fatto si contraddistingue per il carattere di stabilità che nasce dalla libera scelta del singolo individuo di non costituire un vincolo familiare, ma di fondre il rapporto solo sul sentimento di affetto e di amore. Elementi essenziali della convivenza more uxorio sono: la comunità di vita, la stabilità temporale, l'assenza del legame giuridico del matrimonio.

(**) *Fratelli e sorelle*

Fratelli e sorelle di età inferiore a 16 anni. Sono compresi quelli acquisiti da precedenti/successivi matrimoni o convivenze more uxorio dei genitori. Sono compresi anche i fratelli inclusi in altro stato di famiglia ma presenti per almeno due giorni alla settimana (esclusi i fine settimana)

nonni												
Nonno paterno												
Cognome					Nome							
Residenza												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Situazione occupazionale e di salute												
<input type="checkbox"/>	deceduto											
<input type="checkbox"/>	residenza oltre 30 km											
<input type="checkbox"/>	residenza da 10 a 30 km											
<input type="checkbox"/>	occupazione a tempo pieno											
<input type="checkbox"/>	occupazione part time											
<input type="checkbox"/>	invalidità da 1/3 a 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istruzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	soggetto che accudisce il coniuge o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											
Nonna paterna												
Cognome					Nome							
Residenza												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Situazione occupazionale e di salute												
<input type="checkbox"/>	deceduto											
<input type="checkbox"/>	residenza oltre 30 km											
<input type="checkbox"/>	residenza da 10 a 30 km											
<input type="checkbox"/>	occupazione a tempo pieno											
<input type="checkbox"/>	occupazione part time											
<input type="checkbox"/>	invalidità da 1/3 a 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istruzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	soggetto che accudisce il coniuge o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											

Nonno materno												
Cognome					Nome							
Residenza												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Situazione occupazionale e di salute												
<input type="checkbox"/>	deceduto											
<input type="checkbox"/>	residenza oltre 30 km											
<input type="checkbox"/>	residenza da 10 a 30 km											
<input type="checkbox"/>	occupazione a tempo pieno											
<input type="checkbox"/>	occupazione part time											
<input type="checkbox"/>	invalidità da 1/3 a 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istruzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	soggetto che accudisce il coniuge o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											
Nonna materna												
Cognome					Nome							
Residenza												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Situazione occupazionale e di salute												
<input type="checkbox"/>	deceduto											
<input type="checkbox"/>	residenza oltre 30 km											
<input type="checkbox"/>	residenza da 10 a 30 km											
<input type="checkbox"/>	occupazione a tempo pieno											
<input type="checkbox"/>	occupazione part time											
<input type="checkbox"/>	invalidità da 1/3 a 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istruzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											
<input type="checkbox"/>	soggetto che accudisce il coniuge o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3											
	pertanto allega copia della certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica											

situazione lavorativa genitori

Padre (o coniuge o convivente more uxorio)

<input type="checkbox"/>	sede lavorativa oltre 30 km dall'asilo nido									
	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	lavoro autonomo									
<input type="checkbox"/>	studente (iscrizione a scuole secondarie, università, corsi di specializzazione)									
<input type="checkbox"/>	non occupato per invalidità (invalidità di almeno il 76%)									
	pertanto allega copia del certificato di invalidità									
<input type="checkbox"/>	disoccupato e/o in attesa di prima occupazione									
	<input type="radio"/>	iscrizione al centro per l'impiego da almeno 3 mesi								
	<input type="radio"/>	licenziamento risalente a non più di 6 mesi prima della data di presentazione della domanda								
<input type="checkbox"/>	lavoro dipendente con									
	<input type="radio"/>	orario settimanale inferiore a 24 ore								
	<input type="radio"/>	orario settimanale da 25 a 36 ore								
	<input type="radio"/>	orario settimanale oltre 36 ore								
	presso la seguente azienda									
	Denominazione azienda									

Madre (o coniuge o convivente more uxorio)

<input type="checkbox"/>	sede lavorativa oltre 30 km dall'asilo nido									
	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	lavoro autonomo									
<input type="checkbox"/>	studente (iscrizione a scuole secondarie, università, corsi di specializzazione)									
<input type="checkbox"/>	non occupato per invalidità (invalidità di almeno il 76%)									
	pertanto allega copia del certificato di invalidità									
<input type="checkbox"/>	disoccupato e/o in attesa di prima occupazione									
	<input type="radio"/>	iscrizione al centro per l'impiego da almeno 3 mesi								
	<input type="radio"/>	licenziamento risalente a non più di 6 mesi prima della data di presentazione della domanda								
<input type="checkbox"/>	lavoro dipendente con									
	<input type="radio"/>	orario settimanale inferiore a 24 ore								
	<input type="radio"/>	orario settimanale da 25 a 36 ore								
	<input type="radio"/>	orario settimanale oltre 36 ore								
	presso la seguente azienda									
	Denominazione azienda									

Eventuali annotazioni

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	certificazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione attestante la percentuale di invalidità
<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Rubano		
Luogo	Data	Il dichiarante