

	Amministrazione destinataria Comune di Taino  Ufficio destinatario Servizio Segreteria	
---	--	--

## Domanda di iscrizione all'asilo nido 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
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<input type="checkbox"/>											
del bambino/a											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					

### CHIEDE

l'iscrizione all'asilo nido con modulo orario in

<input type="radio"/>	orario compreso dalle 7.30 alle 12.30
<input type="radio"/>	orario compreso dalle 7.30 alle 15.00
<input type="radio"/>	orario compreso dalle 7.30 alle 16.30
<input type="radio"/>	orario compreso dalle 7.30 alle 17.45
<input type="radio"/>	part time flessibile (massimo 2 giorni di frequenza piena) nei giorni di
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

<input checked="" type="checkbox"/>	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	
<input type="radio"/>	dichiara di accettare la retta massima	
<input type="radio"/>	chiede il calcolo della retta mensile in base all'Attestazione ISEE e DSU in corso di validità allegata alla presente	
	Valore ISEE	Data rilascio
	€	
		Data fine validità
	<b>pertanto allega copia dell'attestazione ISEE</b>	

## DICHIARA INOLTRE

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

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

*Grado di parentela (\*):*

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

<input type="checkbox"/>	nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
<input type="checkbox"/>	il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
<input type="checkbox"/>	esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro										
<input type="checkbox"/>	autonomo									
<input type="checkbox"/>	dipendente a tempo indeterminato									
<input type="checkbox"/>	dipendente a tempo determinato									
	Dal				Al					
<input type="checkbox"/>	saltuario o occasionale									
<input type="checkbox"/>	in cerca d'occupazione									
<input type="checkbox"/>	non occupato									
<input type="checkbox"/>	altro									
Qualifica o professione										
Presso denominazione/ragione sociale							Tipologia			
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)										
Congedo parentale										
<input type="radio"/>	no									
<input type="radio"/>	si									
	<input type="radio"/>	per maternità o allattamento								
		Dal				Al				
	<input type="radio"/>	per nuova maternità o gravidanza								
Dal				Al						

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro										
<input type="checkbox"/> autonomo										
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo indeterminato										
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo determinato										
Dal					Al					
<input type="checkbox"/> saltuario o occasionale										
<input type="checkbox"/> in cerca d'occupazione										
<input type="checkbox"/> non occupato										
<input type="checkbox"/> altro										
Qualifica o professione										
Presso										
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)										
Congedo parentale										
<input type="radio"/> no										
<input type="radio"/> si										
<input type="radio"/> per maternità o allattamento										
Dal					Al					
<input type="radio"/> per nuova maternità o gravidanza										
Dal					Al					

- di impegnarsi a rispettare l'orario di frequenza scelto consapevole che, dopo tre segnalazioni di mancato rispetto dell'orario, non verrà applicata la riduzione tariffaria
- a versare il deposito cauzionale corrispondente ad una retta entro la data comunicata dal Responsabile del servizio
- a pagare la retta mensile e i buoni pasto entro il giorno 10 di ciascun mese

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato relativo alle vaccinazioni eseguite
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'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.
--------------------------	--

Taino

Luogo

Data

Il dichiarante