



Amministrazione destinataria

Comune di Castano Primo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## 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		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
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

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'iscrizione all'asilo nido al compimento dei

- sei mesi  
*(per un massimo di otto ore giornaliere)*
- nove mesi

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 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
- di impegnarsi a informare tempestivamente l'eventuale cambio di indirizzo, sollevando il Comune di Castano Primo da qualsiasi responsabilità in caso di omessa comunicazione

di svolgere la seguente attività lavorativa

lavoro dipendente

**Denominazione della ditta**

**Modalità** **Numero ore settimanali**

full time

part-time

**pertanto allega documentazione attestante lo stato di occupazione**

disoccupato

genitore studente

lavoratore autonomo

altro

**Specificare**

che il secondo genitore, di seguito identificato, svolge la seguente attività lavorativa

**Cognome**  **Nome**

lavoro dipendente

**Denominazione della ditta**

**Modalità** **Numero ore settimanali**

full time

part-time

**pertanto allega documentazione attestante lo stato di occupazione**

disoccupato

genitore studente

lavoratore autonomo

altro

**Specificare**

## DICHIARA INOLTRE

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

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela (\*)

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

che ricorrono le seguenti situazioni particolari relative al minore

### Descrizione

minore con menomazioni fisico-psichiche

Pediatra curante

Cognome

Nome

Tel

Email

minore giuridicamente riconosciuto da un solo genitore

minore portatore di deficit ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104, art. 12 attestato dalle autorità sanitarie competenti

che ricorrono le seguenti situazioni particolari relative al nucleo familiare

### Descrizione

nucleo familiare in estrema difficoltà nell'esercizio della sua funzione assistenziale ed educativa

**pertanto allega documentazione attestante la condizione dichiarata**

presenza di altri figli

gravidanza

fratelli o sorelle gemelli

fratelli o sorelle di d'età compresa tra i 0-3 anni

fratelli o sorelle di età compresa tra i 4-6 anni

fratelli o sorelle di età compresa tra i 7-12 anni

fratelli oltre i 12 anni

presenza di

genitore portatore di handicap

familiari conviventi diversi dai genitori, disabili o gravemente ammalati, con necessità di assistenza continua

residenza di almeno uno dei genitori presso il comune di Castano Primo da

(un punto per ogni anno di residenza, fino a un massimo di quattro punti)

almeno cinque anni

meno di cinque anni

Minore giuridicamente riconosciuto da un solo genitore Es: un solo genitore superstite, un solo genitore affidatario, genitore coaffidatario diverso da quello presso cui è fissata la residenza del minore che si trovi in situazione ostativa alle effettive corresponsabilità di assistenza quotidiana del minore

di autorizzare l'invio delle fatture elettroniche al

sistema di interscambio identificato dal seguente codice destinatario

Codice destinatario

seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Indirizzo PEC

Eventuali annotazioni

#### Elenco degli allegati

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

- documentazione attestante la situazione lavorativa
- copia del certificato relativo alle vaccinazioni eseguite
- 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.

Castano Primo

Luogo

Data

Il dichiarante