Comune di Cilavegna   Largo Marconi n.3   27024 CILAVEGNA
telefono 0381668011 fax 038196392
Servizio 3 Servizi alla Persona e-mail: sociale@comune.cilavegna.pv.it

DOMANDA D’ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO________
ASILO NIDO COMUNALE

Il/La sottoscritto/a cognome___________________________ nome___________________________

nato/a a____(______) il_________________

residente in_________________________ via_______________________________________ n.____

tel.____________________________________ cel. _______________________________________

e-mail____

in qualità di O genitore O tutore (barrare)

del/la minore cognome______________________________ nome____________________________

nato/a a____(______) il___________________

codice fiscale____

CHIEDE

Che lo stesso venga iscritto nella graduatoria per l’ammissione all’Asilo Nido Comunale di Cilavegna.

Firma

_____________________________ Farà fede la data del protocollo

Allegati: O Carta d’identità O Dichiarazione per la formazione della graduatoria
O Certificato/Libretto di vaccinazione del minore O Eventuale invalidità
O Altro____

- -

Da compilare a cura dell’Ufficio Protocollo:

La domanda di iscrizione all’asilo nido comunale di _______________________________(genitore) ___________________________(minore) è stata presentata in data__________________________ e gli è stato assegnato il protocollo n.____________________.

DICHIARAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Il/La sottoscritto/a cognome_____ nome_____

nato/a a_____(_____) il_____

residente in_____ via_____ n.____

in qualità di O genitore O tutore (barrare)

del/la minore cognome_____ nome_____

DICHIARA

- **Che la composizione del nucleo familiare del minore risulta essere la seguente:**

Cognome_____ Nome_____ Nato/a il_____

Cognome_____ Nome_____ Nato/a il_____

Cognome_____ Nome_____ Nato/a il_____

Cognome_____ Nome_____ Nato/a il_____

Cognome_____ Nome_____ Nato/a il_____

Cognome_____ Nome_____ Nato/a il_____

- **Che il/la minore per cui ha richiesto l'iscrizione è portatore/rice di handicap O Sì O No**
  (Se Sì occorre allegare la certificazione)
- **Che nel nucleo familiare sono presenti portatori di handicap o malattie invalidanti certificate O Sì Specificare (genitore, figlio, …)_____ O No**
- **Che il nucleo familiare è incompleto O Sì O No**
- **Che la situazione riferita ai nonni è la seguente:**

	Deceduto/a o in Casa di riposo	Non autosufficiente a domicilio	Lavoratore/rice o residente a più di 50 km
Nonna materna			
Nonno materno			
Nonna paterna			
Nonno paterno			

- **Che il nucleo familiare è seguito dal Servizio Sociale O Sì O No**
  (Se Sì indicare nominativo Assistente Sociale _____)
- **Che la situazione lavorativa dei genitori del minore è la seguente:**
  PADRE
  Professione_____ Ditta_____
  Sede_____ Tel._____
  O fuori casa per l'intera giornata – Orario _____

O fuori casa per mezza giornata o a domicilio – Orario_____

_____

O Lavori occasionali/studente _____

MADRE

Professione_____ Ditta_____

Sede_____ Tel._____

O fuori casa per l'intera giornata – Orario _____

O fuori casa per mezza giornata o a domicilio – Orario_____

_____

O Lavori occasionali/studente _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della Responsabilità penale in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 28.12.2000, N. 445).

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del DGR 679/2016. Si comunica che i dati personali raccolti nell'ambito della presente procedura saranno utilizzati e finalizzati allo svolgimento della stessa e il loro trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti. I diritti spettanti all'interessato sono analiticamente indicati nell'art. 15 del DGR 679/2016.

Si impegna a comunicare eventuali variazioni ai fini di aggiornare la propria situazione relativamente al punteggio per la formazione della graduatoria.

Data_____ Firma_____