



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](mailto: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. \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici:**

Abitazione: \_\_\_\_\_

Altri recapiti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ genitore o tutore (specificare \_\_\_\_\_)

del minore: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che lo stesso venga iscritto nella graduatoria per l'ammissione all'asilo nido comunale di Cilavegna.

**Firma**

\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**N.B.:LA DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA, CON L' ALLEGATA DICHIARAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA, ALL'UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE.**



## DICHIARAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Il/la sottoscritto/a: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
del minore: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

### DICHIARA

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

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

- Che il/la bambino/a \_\_\_\_\_ per cui ha richiesto l'iscrizione è portatore di handicap **SI** **NO**  
(se SI occorre che alla domanda di iscrizione sia allegata l'opportuna certificazione della competente ASL)
- Che nel nucleo familiare sono presenti familiari portatori di handicap o malattie invalidanti certificate **SI** **NO**  
specificare (figlio, genitore, ecc.) \_\_\_\_\_
- Nucleo famigliare incompleto **SI** **NO**
- Dichiaro inoltre che la situazione riferita ai nonni è la seguente:

	Deceduto/a o in casa di riposo	Non autosufficiente a domicilio	Lavoratore/trice o residente a più di 50 Km
Nonna materna			
Nonno materno			
Nonna paterna			
Nonno paterno			



2

- Il nucleo familiare è seguito dal Servizio Sociale **NO** **SI**  
Se seguito indicare nominativo Ass. Sociale \_\_\_\_\_
- Che la situazione lavorativa dei genitori del minore è la seguente:  
PADRE:  
professione: \_\_\_\_\_ Ditta \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Fuori casa per l'intera giornata orario \_\_\_\_\_  
Fuori casa per mezza giornata o a domicilio orario \_\_\_\_\_  
Lavori occasionali/studente \_\_\_\_\_  
MADRE:  
professione: \_\_\_\_\_ Ditta \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Fuori casa per l'intera giornata orario \_\_\_\_\_  
Fuori casa per mezza giornata o a domicilio orario \_\_\_\_\_  
Lavori occasionali/studente \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- certificato di vaccinazione (o fotocopia libretto vaccinazioni)
- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore
- eventuale certificato invalidità

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).Dichiara inoltre di aver ottenuto le informazioni preventive di cui all'articolo 13 del D. Lgs 196/2003, sulla natura obbligatoria del conferimento dei dati di cui sopra e del loro utilizzo limitato esclusivamente ai fini della pratica per la quale sono stati richiesti.Dichiara di essere a conoscenza che il Regolamento dell'Asilo Nido è in visione presso la Sede dell'Asilo Nido o sul sito istituzionale del Comune di Cilavegna.

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

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....

Data \_\_\_\_\_