

Ambito Territoriale C9
DOMANDA D' ISCRIZIONE
SERVIZIO MICRO ASILO NIDO E LUDOTECA



MINISTERO
DELL'INTERNO



AL SERVIZIO SOCIALE

DEL COMUNE DI _____

Il sottoscritt _____ nat a _____
(____) il ____/____/____ e residente
in _____ (____) via/piazza _____ n. ____ c.a.p. _____
_____ tel. _____ abitazione _____ tel. _____
cellulare _____
altro recapito telefonico _____
in qualità di _____

CHIEDE

l'iscrizione del ____ bambin _____ nat a _____ (____) il
____/____/____, al servizio

(Barrare con una X la casella della struttura scelta – è consentita una sola scelta).

Micro Nido d'infanzia di Sparanise (26 Posti semidivessi e divezzi);

Micro Nido d'infanzia di Camigliano (29 Posti semidivessi e divezzi);

Ludoteca per la prima infanzia (dai 6 mesi 3 anni) ubicata nel Comune di Pignataro Maggiore (16 posti);

Ludoteca per la prima infanzia (dai 6 mesi 3 anni) ubicata nel Comune di Sparanise (40 posti);

Il sottoscritt si impegna a versare, in via anticipata, entro il giorno 5 di ogni mese, la retta mensile di compartecipazione prevista per la frequenza. Il pagamento secondo le modalità che saranno comunicate.

E' obbligatoria l'indicazione della seguente causale:

“Ambito C9. Servizio Asilo Nido e Micro Nido- nome e cognome del/i bambino/i, mese di riferimento –Comune di”

Le modalità di pagamento potranno subire variazioni. Le specifiche saranno comunicate in fase di accesso al servizio. Resta invariata la Tariffa.

Ai fini della compilazione della graduatoria di ammissione:

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art.11, comma 3 del D.P.R. 403/98, quanto segue:

CAMPI OBBLIGATORI (*Barrare con una X la casella che interessa*)

CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE

MINORE PER IL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE HA DISABILITA
indicare il grado e la diagnosi: _____

FAMIGLIA MONOGENITORIALE
 figlio/i minore/i riconosciuto/i da un solo genitore
 figlio/i minore/i riconosciuto/i minore riconosciuto da entrambi i genitori ma con un genitore non presente (esempio: detenuto – residente in altra regione)
 coppia legalmente separata o divorziata – assenza di legami stabili
 altro, specificare _____

COPPIA CONIUGATA O CONVIVENTE senza problematiche di coppia e genitoriali

NUMERO DEI FIGLI MINORENNI APPARTENENTI AL NUCLEO FAMILIARE

_____ (*inserire anche il minore per cui si presenta la domanda*)

CONDIZIONI D' INVALIDITA' PRESENTE NEL NUCLEO FAMILIARE

Padre, madre, fratello o sorella del minore invalidi:

- Invalidità inferiore al 75%
- Invalidità tra il 75% al 99%
- Invalidità pari al 100%

ALTRO DI SIGNIFICATIVO ALLA VALUTAZIONE _____

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI (PADRE/MADRE)

ENTRAMBI I GENITORI OCCUPATI

UN GENITORE INOCCUPATO

ENTRAMBI GENITORI INOCCUPATI O DISOCCUPATI

VALORE DELL'ISEE MINORENNI (*Allegare attestazione ISEE in corso di validità ai fini della compartecipazione*): _____

BAMBINO GIA'ISCRITTO E CHE HA FREQUENTATO REGOLARMENTE IL SERVIZIO SCELTO, NELL' ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE.

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo,

DICHIARA

- Che il bambino/a per il quale si chiede l'iscrizione al servizio indicato è in regola con gli obblighi vaccinali;
- di aver preso piena conoscenza e di accettare tutte le norme e condizioni stabilite nel vigente Regolamento di Ambito dei Servizi socio-educativi per la prima infanzia e, a tutti i fini dell'iscrizione al servizio prescelto, si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune/Ufficio di Piano ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni, autorizza il Comune/Ambito C09/ufficio di piano a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Esonera il Comune/ Ambito Territoriale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare al servizio sociale del Comune di residenza ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, art. 13

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 Le forniamo le seguenti indicazioni: i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione; il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse; titolare del trattamento è il Comune di Sparanise; Responsabile del trattamento è il Responsabile dei Servizi Sociali. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003

Allega:

- fotocopia del documento d'identità di entrambe i genitori;
- per gli stranieri copia del permesso o carta di soggiorno ai sensi degli artt. 5 e 7 della L. n°40/1998;
- certificazione vaccinale (anche sotto forma di autocertificazione);
- I.S.E.E. (per prestazioni agevolate per minori) in corso di validità, rilasciato da organismo autorizzato;
- Certificazione attestante la disabilità del bambino: _____, se del caso;
- certificazione sanitaria del genitore in particolare e grave condizione di salute o infermità grave o cronica che evidenzia la limitazione del rapporto con il bambino.
- certificazione sanitari della persona appartenente al nucleo familiare non autosufficiente/disabile
- Altro di utile ai fini della valutazione.

_____, li ____/____/____

Firma