

Amministrazione destinataria

Città di Cirié



Ufficio destinatario

Servizi Educativi

Domanda di iscrizione all'asilo nido

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

del minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

COMUNICA

gli orari interessati per la partecipazione del minore all'asilo nido

- entrata alle ore 08:30 e uscita alle ore 16:30
- entrata alle ore 08:30 e uscita senza pasto alle ore 11:30
- entrata alle ore 08:30 e uscita anticipata in orario compreso tra le 12:30 e 13:00
- entrata part-time pomeridiana alle ore 12:30 e uscita alle ore 16:30

di essere interessato al part time verticale

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

di essere interessato al pre nido disponibile dalle 07:30 alle 08:30

di essere interessato al post nido disponibile dalle 16:30 alle 18:00

che il minore ha problemi di alimentazione

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

Cognome	Nome	Data di nascita	Numero telefonico	Grado di parentela (*)	Professione (**)

Grado di parentela () coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine
Professione (**) studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

che il minore presenta un'invalidità parziale o totale

che la famiglia è seguita dai servizi socio sanitari dell'ASL o dai servizi sociali che chiedono l'inserimento, pertanto comunica i dati dell'assistente sociale

Cognome	Nome	Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza				
Residenza	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune					<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata				

che un genitore è detenuto in carcere o emigrato all'estero

che uno dei due genitori presenta un caso di infermità grave

- madre con invalidità superiore al 67%
- padre con invalidità superiore al 67%

che al momento vi è la mancanza temporanea o permanente di uno dei due genitori per una delle seguenti cause

vedovo

nubile o celibe con figlio non riconosciuto dall'altro genitore

nubile o celibe con figlio riconosciuto dall'altro genitore non coabitante

all'altro genitore è stata tolta la potestà genitoriale

Numero della sentenza	Data	Sede del Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

divorziato dal genitore del bambino di cui si chiede l'iscrizione

Numero della sentenza	Data	Sede del Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

presentazione dell'istanza di separazione dal genitore del bambino di cui si chiede l'iscrizione

Numero di ruolo	Data	Sede del Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

legalmente separato dal genitore del bambino di cui si chiede l'iscrizione

Numero della sentenza	Data	Sede del Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

che l'altro genitore coabita ma non ha la residenza anagrafica con il dichiarante

Cognome	Nome	Codice Fiscale						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

l'attuale situazione lavorativa del richiedente

lavoratore autonomo, coadiuvante o libero professionista

Partita IVA

lavoratore a tempo determinato con contratto

uguale o superiore a 5 mesi

Cognome del datore di lavoro	Nome del datore di lavoro	Inizio del periodo settimanale lavorativo	Fine del periodo settimanale lavorativo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

inferiore a 5 mesi

Cognome del datore di lavoro	Nome del datore di lavoro	Inizio del periodo settimanale lavorativo	Fine del periodo settimanale lavorativo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

lavoratore dipendente o parasubordinato a tempo indeterminato

Cognome del datore di lavoro	Nome del datore di lavoro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

in cerca di occupazione o iscritto come disoccupato o alla ricerca immediata di un lavoro presso il Centro per l'impiego del seguente Comune

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						

casalingo

genitore studente con obbligo di frequenza

Denominazione istituto	Nome del corso o diploma	Orario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

il luogo di svolgimento della propria attività lavorativa

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

il proprio orario lavorativo

- tempo pieno
 part time

le proprie ore settimanali lavorative

- fino a 25 ore
 da 26 a 36 ore
 oltre a 36 ore

di avere un lavoro che impone l'assenza prolungata dal luogo di abitazione

- fino a tre mesi
 oltre i tre mesi

di avere un luogo di lavoro distante oltre 50 km dal Comune di residenza, considerando la tratta di sola andata

di avere un lavoro con impegno continuativo su più turni

Specificare i turni

l'attuale situazione lavorativa dell'altro genitore

lavoratore autonomo, coadiuvante o libero professionista

Partita IVA

lavoratore a tempo determinato con contratto

uguale o superiore a 5 mesi

Cognome del datore di lavoro

Nome del datore di lavoro

Inizio del periodo settimanale lavorativo

Fine del periodo settimanale lavorativo

inferiore a 5 mesi

Cognome del datore di lavoro

Nome del datore di lavoro

Inizio del periodo settimanale lavorativo

Fine del periodo settimanale lavorativo

lavoratore dipendente o parasubordinato a tempo indeterminato

Cognome del datore di lavoro

Nome del datore di lavoro

in cerca di occupazione o iscritto come disoccupato o alla ricerca immediata di un lavoro presso il Centro per l'impiego del seguente Comune

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

casalingo

genitore studente con obbligo di frequenza

Denominazione istituto

Nome del corso o diploma

Orario

il luogo di svolgimento della propria attività lavorativa

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

il proprio orario lavorativo

- tempo pieno
- part time

le proprie ore settimanali lavorative

- fino a 25 ore
- da 26 a 36 ore
- oltre a 36 ore

di avere un lavoro che impone l'assenza prolungata dal luogo di abitazione

- fino a tre mesi
- oltre i tre mesi

di avere un luogo di lavoro distante oltre 50 km dal Comune di residenza, considerando la tratta di sola andata

di avere un lavoro con impegno continuativo su più turni

Specificare i turni

la presenza di altri figli

gemelli in età nido

Quantità

fratelli da 0 a 3 anni non scolarizzati

Quantità

fratelli da 0 a 3 anni scolarizzati frequentanti un nido

Quantità

fratelli da 3 a 5 anni non scolarizzati

Quantità

fratelli da 3 a 5 anni scolarizzati frequentanti scuola dell'infanzia

Quantità

fratelli da 6 a 10 anni

Quantità

fratelli diversamente abili

Quantità

che altri figli frequentano nello stesso anno scolastico scuole cittadine fino alla secondaria di primo grado

Cognome

Nome

Codice fiscale

Scuola frequentata

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scuola frequentata		
<input type="text"/>		
Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scuola frequentata		
<input type="text"/>		

- che nel nucleo familiare vi è una condizione di gravidanza della madre

COMUNICA INOLTRE

- che sono presenti componenti nel nucleo familiare con invalidità

Cognome	Nome	Codice fiscale	Relazione di parentela con il bambino
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> handicap riconosciuto ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104 <input type="radio"/> invalidità dal 67% al 79% <input type="radio"/> invalidità dall'80% al 100%			
Cognome	Nome	Codice fiscale	Relazione di parentela con il bambino
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> handicap riconosciuto ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104 <input type="radio"/> invalidità dal 67% al 79% <input type="radio"/> invalidità dall'80% al 100%			

- la permanenza in lista d'attesa al termine del precedente anno scolastico

- in merito alla propria condizione economica

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

€

di accettare la tariffa massima

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 autorizzare il personale a realizzare fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce del proprio figlio/ durante l'anno scolastico e in occasione di iniziative comuni, di attività educative e didattiche che vengono documentate
- di non autorizzare il personale a realizzare fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce del proprio figlio durante l'anno scolastico e in occasione di iniziative comuni, di attività educative e didattiche che vengono documentate

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che le riprese costituiscono materiale didattico non consegnabile ai genitori

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- copia della certificazione attestante la percentuale di invalidità
- certificato che attesta il termine stimato della gravidanza
- copia del certificato medico in carta libera attestante le condizioni di disabilità
- copia della certificazione medica attestante handicap grave
- documentazione attestante gravi necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare
(che specifichi la priorità di iscrivere il minore interessato)
- dichiarazione del datore di lavoro
(se lavoratori dipendenti)
- 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.

Cirié

Luogo

Data

Il dichiarante