



Amministrazione destinataria

Comune di Lissone

Ufficio destinatario

Politiche per l'infanzia

Domanda di iscrizione all'asilo nido comunale

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
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

del/la 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)

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

CHIEDE

l'iscrizione

<input type="checkbox"/>	alla sezione primavera
con frequenza	
Orario di frequenza	
<input type="radio"/>	orario normale
<input type="radio"/>	orario part-time

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

che il nucleo familiare del bambino è così composto

Numero componenti

Elenco componenti				
<input type="checkbox"/>	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Stato civile
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Stato civile
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Stato civile
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Stato civile
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Stato civile
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	Luogo di nascita

che il bambino e/o il nucleo familiare presenta le seguenti situazioni che danno diritto all'attribuzione di punteggio per l'inserimento in graduatoria

Condizione del nucleo familiare	
<input type="checkbox"/>	che il nucleo familiare è monoparentale (nubile/celibe, vedovo/a, separato/a, divorziato/a)
<input type="checkbox"/>	che i genitori sono separati o divorziati, pertanto allega copia omologa di separazione o sentenza di divorzio
<input type="checkbox"/>	che nel nucleo familiare sono presenti almeno tre figli
<input type="checkbox"/>	che il bambino ha fratelli o sorelle che nello stesso anno frequentano la stessa struttura
Disabilità	
<input type="checkbox"/>	che il bambino è con disabilità certificate dalle competenti strutture sanitarie ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104, pertanto allega documentazione di disabilità rilasciata dalle competenti strutture sanitarie
<input type="checkbox"/>	che il bambino ha genitori, fratelli o sorelle con disabilità certificate dalle competenti strutture sanitarie ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104, o con patologie gravi documentate, pertanto allega documentazione di disabilità rilasciata dalle competenti strutture sanitarie
Precedente graduatoria	
<input type="radio"/>	che non è stato iscritto alla precedente graduatoria
<input type="radio"/>	che è stato iscritto alla precedente graduatoria

condizioni lavorative del padre

Condizioni lavorative del padre

- genitore non lavoratore
- genitore non lavoratore che ha perso il lavoro nell'ultimo anno, pertanto

allega documentazione attestante la perdita del lavoro

- genitore lavoratore a tempo indeterminato

Orario lavorativo

- part-time - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

- a tempo pieno - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

Azienda o ente presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

pertanto allega dichiarazione del datore di lavoro

- genitore lavoratore a tempo determinato - scadenza contratto di lavoro

Orario lavorativo

- part-time - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

- a tempo pieno - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

Azienda o ente presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

pertanto allega dichiarazione del datore di lavoro

- genitore libero professionista e pertanto

allega autocertificazione sulla tipologia di attività lavorativa svolta e sull'orario settimanale e giornaliero di lavoro

condizioni lavorative della madre

Condizioni lavorative della madre

- genitore non lavoratore
- genitore non lavoratore che ha perso il lavoro nell'ultimo anno, pertanto

allega documentazione attestante la perdita del lavoro

- genitore lavoratore a tempo indeterminato

Orario lavorativo

- part-time - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

- a tempo pieno - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

Azienda o ente presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

pertanto allega dichiarazione del datore di lavoro

- genitore lavoratore a tempo determinato - scadenza contratto di lavoro

Orario lavorativo

- part-time - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

- a tempo pieno - orario giornaliero

Dalle ore	Alle ore	Tot. ore settimanali

Azienda o ente presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

pertanto allega dichiarazione del datore di lavoro

- genitore libero professionista e pertanto

allega autocertificazione sulla tipologia di attività lavorativa svolta e sull'orario settimanale e giornaliero di lavoro

Dichiarazione ISEE

- che non chiede l'accesso ai servizi a tariffa agevolata
- che chiede l'accesso ai servizi a tariffa agevolata, pertanto

allega dichiarazione ISEE

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione del Regolamento per la gestione dell'asilo nido

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)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia della dichiarazione ISEE |
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione del datore di lavoro con indicazione se part-time o tempo pieno e orari di lavoro e/o autocertificazione in caso di libera professione con indicazione degli orari lavorati giornalieri/settimanali |
| <input type="checkbox"/> | documentazione attestante la perdita di lavoro |
| <input type="checkbox"/> | copia omologa di separazione o sentenza di divorzio |
| <input type="checkbox"/> | documentazione di disabilità rilasciata dalle competenti strutture sanitarie |
| <input type="checkbox"/> | documentazione rilasciata dalle competenti strutture territoriali o dai servizi socio-sanitari |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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.

Lissone

Luogo

Data

il dichiarante