

Prot. Int. n° _____
del _____



COMUNE DI AVELLINO

SERVIZIO NIDO D'INFANZIA

Domanda di iscrizione al Nido d'Infanzia comunale
Anno Scolastico 2015/2016
(Scadenza per la presentazione della domanda il **24/6/2015**)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Residente a _____ (Prov. ____) in Via _____ n° ____

Telefono _____ cell. _____

In qualità di: genitore/esercente responsabilità genitoriale del figlio/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

DI MESI _____ A SETTEMBRE 2015

CHIEDE

L'iscrizione dello/a stesso/a al Nido d'Infanzia comunale via Morelli e Silvati,7

A tal fine, consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di dichiarazione falsa, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000;

DICHIARA

1. PADRE

Lavoratore si no

Tipo di lavoro _____

Presso _____

Con sede in _____

Per complessive _____ ore settimanali

Residente e domiciliato fuori comune per motivi di lavoro	si	no
Portatore di handicap con invalidità riconosciuta superiore al 67%	si	no
Coniugato	si	no
Convivente	si	no
Separato legalmente/divorziato/in attesa di separazione legale	si	no
genitore celibe/Vedovo	si	no

2. MADRE

- Lavoratrice si no
- Tipo di lavoro _____
Presso _____
Con sede in _____
Per complessive _____ ore settimanali

Residente e domiciliata fuori comune per motivi di lavoro	si	no
Portatore di handicap con invalidità riconosciuta superiore al 67%	si	no
Coniugata	si	no
Convivente	si	no
Separata legalmente/divorziata/in attesa di separazione legale	si	no
Genitore nubile/Vedova	si	no
È in gravidanza	si	no

3. FRATELLI/SORELLE DEL/LA BAMBINO/A:

- N° _____ figlio/a frequenta l'Asilo Nido comunale
- N° _____ figlio/a da 0 a 3 anni
- N° _____ figlio/a da 3 a 6 anni
- N° _____ figlio/a da 6 a 10 anni
- N° _____ figlio/a da 10 a 16 anni
- N° _____ fratelli/sorelle gemelli/e di anni _____
- N° _____ fratelli/sorelle portatore di handicap con invalidità riconosciuta non inferiore al 67%

4. FAMILIARI (PRODURRE CERTIFICAZIONE IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA)

- N° _____ familiare convivente riconosciuto invalido al 100% e non in grado di svolgere i compiti propri della sua età
- N° _____ familiare convivente portatore di handicap

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di genitore del/la piccolo/la _____

D I C H I A R A

Di essere a piena conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 e del decadimento dai benefici previsto dall'art. 75 in caso di dichiarazioni mendaci o false, di cui al D.P.R. n° 445/2000.

SONO INFORMATO/A che il trattamento dei dati personali di cui alla Legge 31/12/1996 n° 675 (c.d. Legge sulla privacy) avverrà solo per la redazione della graduatoria e nei limiti di legge.

Letto, confermato e sottoscritto.

Avellino il _____

Il/La Dichiarante

Allegati

Il/la sottoscritto/a allega alla domanda:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare relativa all'anno 2014 (eventuale ISEE del genitore non compreso nello stato famiglia);