



## COMUNE DI AVELLINO

### SERVIZIO NIDO D'INFANZIA

Domanda di iscrizione al Nido d'Infanzia comunale  
Anno Scolastico 2018/2019  
**(Scadenza per la presentazione della domanda il 22/06/2018)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

In qualità di: genitore/esercente responsabilità genitoriale del

figlio/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

di mesi \_\_\_\_\_ a settembre 2018

#### CHIEDE

L'iscrizione dello/a stesso/a al Nido d'Infanzia Comunale di 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

Posto di lavoro che si trova al di fuori del Comune di Avellino 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		
Posto di lavoro che si trova al di fuori del Comune di Avellino	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
Genitrice 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

---

### DICHIARA

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.

Di aver preso visione, di conoscere ed accettare tutte le condizioni previste nell'Avviso Pubblico di cui alla presente richiesta.

Di aver sottoposto il/la proprio figlio/a \_\_\_\_\_ alle vaccinazioni obbligatorie.

Di essere 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.

Di autorizzare gli uffici a comunicare all'Agenzia delle Entrate, come previsto per Legge, i dati riferiti alle somme versate per il pagamento delle rette relative all'anno 2017.

Letto, confermato e sottoscritto.

Avellino li \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante  
\_\_\_\_\_

Allegati:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento;
2. Fotocopia libretto delle vaccinazioni;
3. Attestazione ISEE secondo i nuovi parametri di entrambi genitori anche se non conviventi e/o non coniugati relativa all'anno 2017.
4. Altre eventuali Certificazioni \_\_\_\_\_