



Piano di Zona Sociale Ambito A04

Comune di Avellino
Piazza del Popolo,1
Tel. 0825 200 557 - 324 - 316 - 280
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it



Prot. n. _____

Domanda di iscrizione alle Ludoteche Prima Infanzia
o Spazio Bimbiö in strutture convenzionate
(Scadenza per la presentazione della domanda il 20/02/2018)

Piano Azione e Coesione II Riparto - Programma Nazionale dei Servizi di Cura all'infanzia

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 FEBBRAIO 2018

C H I E D E

L'iscrizione dello/a stesso/a alle Ludoteche Prima Infanzia o Spazio Bimbiö presso una delle quattro sedi ubicate:

- nel Comune di Avellino,
- nel Comune di Pratola Serra,
- nel Comune di San Martino V.C..
- sede Comune in corso di definizione,
(indicare scelta della sede di preferenza)

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;

D I C H I A R A

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 residenza 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 residenza 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 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.
- Di aver preso visione, di conoscere ed accettare tutte le condizioni previste nell'Avviso Pubblico di cui alla presente richiesta.
- Di essere informato/a che il trattamento dei dati personali di cui al D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii (Codice in materia di protezione dei dati personali) avverrà solo per la redazione della graduatoria e nei limiti di legge.

Letto, confermato e sottoscritto.

Avellino lì _____

Il/La Dichiarante

Allegati:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento;
- 2) Attestazione ISEE corrente secondo i parametri vigenti.
- 3) Altre eventuali Certificazioni _____

Il pagamento deve essere effettuato all'inizio delle attività didattiche e successivamente entro il giorno 5 di ogni mese, sul c/c n. 10477834, intestato a Comune di Avellino ó Servizio di Tesoreria, indicando nella causale: òDiritti segreteria Piano di Zona Ambito A04ö