Amministrazione destinataria

Comune di Mariano Comense

Ufficio destinatario

Servizio Istruzione e Asilo nido

Domanda di iscrizione all'asilo nido

anno scolastico /

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(indicare grado di parentela o di relazione)*

Ruolo

del minore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

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

che il minore sia ammesso/a a frequentare l'asilo nido comunale con il seguente tempo di frequenza

- ○ a tempo pieno (dalle ore 7:30/9:30 alle 16:00/16:30)
  - ☐ e chiede inoltre di voler usufruire del servizio post-nido (dalle ore 16:30 alle 18:00)
- ○ a part-time mattino (dalle ore 7:30/9:30 alle 12:30/13:15)
- ○ a part-time pomeriggio (dalle ore 12:30/13:15 alle 16:00/18:00)

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 la composizione del nucleo familiare è la seguente

Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

- ○ nel nucleo familiare sono presenti entrambi i genitori
- ○ nel nucleo familiare non sono presenti entrambi i genitori

Specificare la situazione

- ☐ indicare la residenza dell'altro genitore

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

e che la famiglia anagrafica è residente a

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Dieta alimentare

- ○ di non voler usufruire di una dieta speciale
- ○ di voler usufruire di una dieta speciale
  - ○ per motivi sanitari (allergie e/o intolleranze alimentari)

    Indicare il tipo di allergia/intolleranza alimentare

    Pertanto allega la copia del certificato del pediatra su modello predisposto da ATS per intolleranze/allergie

    Indicare il tipo di modulo che si allega
    - ○ modulo B ATS Insubria
    - ○ modulo C ATS Insubria
  - ○ per motivi etico religiosi, priva dei seguenti alimenti
    - ○ no maiale
    - ○ no tutti i tipi di carne
    - ○ altro *(specificare)*

Situazione occupazionale del genitore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

☐ lavoratore dipendente

Qualifica

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Tipo di contratto di lavoro

- ○ lavoro a tempo indeterminato
- ○ lavoro a tempo determinato

Specificare data di scadenza

Tipo di rapporto di lavoro

- ○ a tempo pieno
- ○ part-time orizzontale
- ○ part-time verticale

Orario di lavoro

Professione

- ○ studente
- ○ titolare di collaborazione coordinata e continuativa
- ○ disocuppato
- ○ pensionato
- ○ dipendente precario o stagionale
- ○ casalingo
- ○ lavoratore autonomo

  Pertanto allega la visura camerale aggiornata
- ○ altro *(specificare)*

☐ Situazione occupazionale del genitore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

☐ lavoratore dipendente

Qualifica

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Tipo di contratto di lavoro

- ○ lavoro a tempo indeterminato
- ○ lavoro a tempo determinato

Specificare data di scadenza

Tipo di rapporto di lavoro

- ○ a tempo pieno
- ○ part-time orizzontale
- ○ part-time verticale

Orario di lavoro

Professione

- ○ studente
- ○ titolare di collaborazione coordinata e continuativa
- ○ disocuppato
- ○ pensionato
- ○ dipendente precario o stagionale
- ○ casalingo
- ○ lavoratore autonomo

  Pertanto allega la visura camerale aggiornata
- ○ altro *(specificare)*

DICHIARA INOLTRE

Situazione sociale del nucleo familiare *(selezionare solo le voci che interessano)*

☐ bambino/a da iscrivere disabile

Pertanto allega la certificazione sanitaria rilasciata dal servizio pubblico o privato convenzionato e accreditato

☐ presenza nel nucleo di situazione di infermità fisica o psichica di uno o entrambi i genitori

Pertanto allega la certificazione sanitaria rilasciata dal servizio pubblico o privato convenzionato e accreditato

- [ ] nucleo familiare composto da un solo genitore per
  - ○ decesso
  - ○ carcerazione
  - ○ emigrazione
  - ○ separazione legale
  - ○ divorzio
  - ○ mancato riconoscimento del/la figlio/a
- [ ] situazione segnalata o in carico ai servizi sociali comunali
  Pertanto allega la relazione dell'assistente sociale di riferimento rilasciata dal servizio sociale comunale
- [ ] attività lavorativa svolta da entrambi i genitori a tempo pieno
- [ ] un genitore è occupato a tempo pieno ed uno a tempo parziale
- [ ] un genitore deve accudire altri figli disabili o un familiare non autosufficiente
  Pertanto allega la certificazione sanitaria
- [ ] un genitore lavora e l'altro è iscritto alle liste di disoccupazione
  Pertanto allega la copia del patto di servizio personalizzato stipulato presso un centro per l'impiego ai sensi del decreto legislativo 150/2015, art. 20
- [ ] un solo genitore lavora
- [ ] bambino/a con fratello o sorella che frequenta il nido
- [ ] bambini che hanno fratelli/sorelle che non frequentano il nido
  Indicare il numero
- [ ] bambino/a iscritto/a in liste di attesa precedenti e già avente diritto all'ammissione, solo in presenza di genitori entrambi lavoratori o unico genitore lavoratore

Da compilare solo in caso di famiglia monogenitoriale

- ○ il solo genitore presente svolge attività lavorativa a tempo pieno o part–time
- ○ il solo genitore presente non svolge attività lavorativa a tempo pieno o part–time
- ○ il solo genitore presente è disoccupato ed iscritto al centro impiego
- ○ il solo genitore presente non è disoccupato ed iscritto al centro impiego

Da compilare per i non residenti

- [ ] che il sottoscritto o il coniuge/convivente presta attività lavorativa sul territorio di Mariano Comense pertanto si impegna a versare la tariffa massima del servizio richiesto aumentata del 10%
- ○ che il proprio Comune di residenza è convenzionato con il Comune di Mariano Comense, pertanto si impegna a versare per il servizio richiesto la tariffa definita nella convenzione tra enti locali
  Specificare Comune di residenza
- ○ che il proprio Comune di residenza non è convenzionato con il Comune di Mariano Comense, pertanto si impegna a versare la tariffa massima del servizio richiesto aumentata del 30%
  Specificare Comune di residenza

Situazione economica nucleo familiare residente

☐ si impegna a presentare l'attestazione ISEE in corso di validità, in quanto non ancora disponibile, entro il

Indicare data

☐ di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
€		

e che alla situazione economica risultante da ISEE del nucleo corrisponde alla fascia

Fascia ISEE	Da euro	a euro
☐ 1	0,00 €	7.150,00 €
☐ 2	7.150,01 €	10.150,00 €
☐ 3	10.150,01 €	13.150,00 €
☐ 4	13.150,01 €	16.150,00 €
☐ 5	16.150,01 €	19.150,00 €
☐ 6	19.150,01 €	22.150,00 €
☐ 7	22.150,01 €	

☐ di possedere un ISEE superiore a 22.150,00 euro o non si intende a presentare tale attestazione e pertanto il dichiarante si impegna a versare la quota massima

○ il soggetto pagante corrisponde al dichiarante

○ il soggetto pagante è

Cognome **Nome** **Codice Fiscale**

Grado di parentela con il minore

indicare eventuali ulteriori recapiti

☐ recapiti persona

Cognome **Nome** **Codice Fiscale**

Telefono cellulare **Telefono fisso** **Posta elettronica ordinaria** **Posta elettronica certificata**

In qualità di (grado di parentela o relazione col bambino/a)

☐ recapiti persona

Cognome **Nome** **Codice Fiscale**

Telefono cellulare **Telefono fisso** **Posta elettronica ordinaria** **Posta elettronica certificata**

In qualità di (grado di parentela o relazione col bambino/a)

☐ recapiti persona

Cognome **Nome** **Codice Fiscale**

Telefono cellulare **Telefono fisso** **Posta elettronica ordinaria** **Posta elettronica certificata**

In qualità di (grado di parentela o relazione col bambino/a)

DICHIARA INOLTRE

- [x] di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000, qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dal diritto di assegnazione del servizio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera

- [x] di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i 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)

- [ ] dichiarazione situazione occupazionale del genitore
  situazione occupazionale del genitore
- [ ] dichiarazione situazione occupazionale dell'altro genitore
- [x] libretto vaccinazioni/certificato vaccinale del minore
- [ ] copia dell'attestazione ISEE
- [ ] certificato del medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta attestante l'intolleranza alimentare predisposto da ATS
- [ ] certificazione invalidità del minore o di un genitore
- [ ] relazione assistente sociale
- [ ] patto di servizio personalizzato
- [ ] visura camerale aggiornata
- [ ] dichiarazione di esonero vaccinazione per avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale o per accertato pericolo per la salute
  (comprovata dal medico curante)
- [ ] differimento vaccinazione per accertato pericolo per la salute in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate
  (attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta)
- [ ] 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.

Mariano Comense		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**