

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI DI NIDO D'INFANZIA
ANNO EDUCATIVO 2019/2020**

SCADENZA BANDO ORE 12:30 DEL 30 SETTEMBRE 2019: LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO DEL COMUNE NEI GIORNI DI APERTURA AL PUBBLICO

Io sottoscritto/a genitore, dopo aver letto e preso conoscenza del bando per la presentazione delle domande per i servizi di Nido d'Infanzia per l'anno educativo 2019/2020:

DATI DEL GENITORE

COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	
Nato/a _____ il _____ residente nel Comune di Barberino di Mugello, Via/P.zza _____ n _____ tel _____ Indirizzo mail _____	

CHIEDO:

L'iscrizione per mio/a figlio/a:

DATI DEL BAMBINO/A

COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	
Nato/a a _____ il _____ e residente nel Comune di Barberino di Mugello all'indirizzo sopra specificato	

Ai seguenti servizi educativi di nido d'infanzia per l'anno educativo 2019/2020:

(barrare con una croce una o più delle opzioni sotto riportate)

SERVIZIO MATTUTINO (orario 8,30 – 14,30) <input type="checkbox"/>	SERVIZIO PRE NIDO (orario 7,30-8,30) <input type="checkbox"/>
SERVIZIO GIORNALIERO (orario 8,30 – 16,30) <input type="checkbox"/>	SERVIZIO POST NIDO (orario 16,30-18,00) <input type="checkbox"/> (prendo atto che il servizio post-nido sarà attivato solo in presenza di un numero minimo di domande)

Faccio presente che la fascia di età di mio/a figlio/a, riferita alla data del 1/9/2019 è:
(barrare con una croce una o più delle opzioni sotto riportate)

Età inferiore a <input type="checkbox"/> 12 mesi	Età fra i <input type="checkbox"/> 12 e 24 mesi	Età fra i <input type="checkbox"/> 24 e 36 mesi
---	--	--

DICHIARO

Ai sensi degli Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente a verità, sotto la propria personale responsabilità

1. che, ai fini della attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria, la mia posizione lavorativa e quella del mio coniuge/compagno è la seguente:

(barrare con una croce le sole ipotesi che ricorrono)

DICHIARANTE	CONIUGE/COMPAGNO/A
<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro superiore o uguale a 30 ore settimanali.	<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro superiore o uguale a 30 ore settimanali.
<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro inferiore a 30 ore settimanali.	<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro inferiore a 30 ore settimanali.
<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, o determinato, che presta la propria attività lavorativa fuori dal comune di residenza (distanza tra luogo di lavoro e Comune oltre 15 km)	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, o determinato, che presta la propria attività lavorativa fuori dal comune di residenza (distanza tra luogo di lavoro e Comune oltre 15 km)
<input type="checkbox"/> lavoro in casa	<input type="checkbox"/> lavoro in casa
<input type="checkbox"/> disoccupato/a, licenziato/a con iscrizione di almeno sei mesi al centro per l'impiego	<input type="checkbox"/> disoccupato/a, licenziato/a con iscrizione di almeno sei mesi al centro per l'impiego
<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice con contratto a tempo determinato .	<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice con contratto a tempo determinato .
<input type="checkbox"/> casalingo/a, pensionato/a	<input type="checkbox"/> casalingo/a, pensionato/a
<input type="checkbox"/> studente/studentessa non lavoratore in corso regolare di studio	<input type="checkbox"/> studente/studentessa non lavoratore in corso regolare di studio
	<input type="checkbox"/> residente nel Comune di _____

2. che la composizione del proprio nucleo familiare risultante dall'anagrafe è la seguente:
(specificare i nomi dei componenti la famiglia, le relazioni di parentela e la data di nascita)

COGNOME E NOME	RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al dichiarante)	DATA E LUOGO DI NASCITA
	dichiarante	

ed inoltre: (barrare con una croce le sole ipotesi che ricorrono)

3. che il proprio nucleo è composto da genitore separato o divorziato e dal bambino/a.
4. che il proprio nucleo familiare è composto da genitore e figlio naturale riconosciuto da un solo genitore o genitore vedovo e figlio.
5. che il figlio/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha un handicap certificato (allegare obbligatoriamente certificazione ASL).
6. che nel proprio nucleo un genitore ha una inabilità tale da non consentire al medesimo attività lavorativa oppure presenza di inabilità grave di un fratello del minore per il quale si chiede l'iscrizione al Nido. (allegare obbligatoriamente certificazione ASL).
7. che il nucleo familiare è composto da genitori e conviventi non in grado di assistere il minore (allegare obbligatoriamente la relativa certificazione medica)
8. che sono presenti n. _____ familiari conviventi bisognosi di assistenza (allegare obbligatoriamente la relativa certificazione ASL).
9. che la madre del bambino /a per cui si chiede l'iscrizione al Nido è in stato di gravidanza.
10. che era stata presentata domanda al Comune di Barberino, per lo stesso figlio, nell'a.e. 2018/2019 e non ho ricevuto offerte di posti disponibili)
11. che consegnerò successivamente, all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, domanda di agevolazione tariffaria con copia di attestazione ISEE, consapevole che l'agevolazione tariffaria sarà applicata solo a partire dal mese successivo a quello di presentazione al protocollo di tale richiesta. Sono altresì consapevole che nel caso in cui non sia presentata alcuna dichiarazione relativa all'ISEE sarà contabilizzata la tariffa massima per la frequenza.

DICHIARO INOLTRE

che il valore dell'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare (ISEE minorenni) è pari ad €¹e che la dichiarazione sostitutiva unica sulla base della quale è stato calcolato l'ISEE è stata presentata al CAAF dal/dalla Sig./racodice fiscale.....e rilasciata dall'INPS in data

di non voler usufruire delle riduzioni tariffarie stabilite in base all'ISEE perché intende pagare la retta mensile massima;

di essere consapevole che mio/a figlio/a non sarà ammesso/a e non potrà frequentare il nido se non in regola con le vaccinazioni;

-----*****-----

Il/la sottoscritto/a prende atto che la domanda sarà esclusa dalla graduatoria per l'ammissione al servizio da settembre 2019 per i seguenti motivi:

- a) ricevimento della domanda successivamente alle ore **12:30 del giorno 10 maggio 2019** all'Ufficio URP del Comune;
- b) difetto di uno o più requisiti di ammissione;
- c) mancata sottoscrizione della domanda;
- d) incompleta compilazione del modulo di domanda;
- e) dichiarazioni illeggibili.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) così come modificato dal Regolamento UE/2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego alla presente (descrivere qui gli allegati alla presente domanda):

1. copia di un documento di identità valido (allegato obbligatorio)

2. _____

Data _____

FIRMA _____

¹ Indicare qui il valore dell'indicatore ISEE desumibile dalla attestazione ISEE rilasciata dopo il 15/1/2019;