

Al Comune di
40011 ANZOLA DELL'EMILIA
FAX 051 731598

Il/la _____ sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____
N. _____ telef. _____ cell. _____
indirizzo e-mail _____

C H I E D E

di iscrivere il/la proprio/a figlio/a _____
nato/a _____ il _____

al Servizio di Nido Comunale – A.S. 2011/2012

A tal fine, valendosi della disposizione di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale, ed ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, concernenti la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1) che il proprio nucleo familiare è così composto:

- a.** padre _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____
- b.** madre _____ nata a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____
- c.** figlio/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____
- d.** figlio/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____
- e.** figlio/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____
- f.** figlio/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____
- g.** altri _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n _____

presenza di gemelli da inserire al Nido

2) che il proprio nucleo è monoparentale in quanto:

- unico genitore che ha riconosciuto il/la bambino/a
- un genitore è deceduto
- un genitore è detenuto in carcere
- un genitore ha perso la potestà genitoriale
- sussiste abbandono di uno dei due genitori, accertato in sede giurisdizionale o dalla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali
- genitore affidatario esclusivo a seguito di provvedimento giuridico.

3) che il/la figlio/a, di cui si richiede l'iscrizione al nido d'infanzia è portatore di handicap, secondo certificato rilasciato dal S.S.N. che si allega in copia;

4) che nel nucleo familiare è presente un componente del nucleo familiare con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, secondo certificato rilasciato dal S.S.N. che si allega in copia;

5) di essere dipendente, in qualità di _____
presso (indicare denominazione) _____
via _____ n. _____ Città _____ tel. _____
con contratto di lavoro TEMPO PIENO PART TIME equivalente a nr. ____ ore settimanali
oppure

6) di esercitare la professione/attività di _____
con un contratto di _____ presso _____
Via _____ n. _____ Città _____ tel. _____
con contratto di lavoro TEMPO PIENO PART TIME equivalente a nr. ____ ore settimanali
oppure

7) di essere iscritto (albo/elenchi CCIAA ecc) _____
con il seguente n. _____
con il seguente orario di lavoro _____ equivale a nr. ____ ore settimanali

8) che il sottoscritto è nella condizione di non lavoratore _____ sì

9) che l'altro genitore è dipendente in qualità di _____
presso (indicare denominazione) _____
Via _____ n. _____ Città _____ tel. _____
con contratto di lavoro TEMPO PIENO PART TIME equivalente a nr. ____ ore settimanali
oppure

10) che l'altro genitore esercita la professione/attività di _____
con un contratto di _____ presso _____
Via _____ n. _____ Città _____ tel. _____

con contratto di lavoro TEMPO PIENO PART TIME equivalente a nr. ____ ore settimanali

oppure

11) che l'altro genitore è iscritto (albo/elenchi CCIAA ecc) _____

con il seguente n. _____

con il seguente orario di lavoro _____ equivalente a nr. ____ ore settimanali

12) che l'altro genitore è nella condizione di non lavoratore _____ **sì**

13) di essere in possesso dell'attestazione ISEE rilasciata dall'INPS in data _____

con scadenza _____ ;

oppure (in caso di genitori non conviventi)

14) che il sottoscritto è in possesso dell'attestazione ISEE rilasciata dall'INPS in data _____

con scadenza _____

15) che l'altro genitore: cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____ è in possesso dell'attestazione **ISEE rilasciata**

dall'INPS in data _____ con scadenza _____

Consapevole che la mancata dichiarazione inerente l'attestazione ISEE, ai fini della graduatoria, implica la collocazione dell'interessato in fondo all'elenco degli aventi pari punteggio.

Chiede inoltre, se interessato, il servizio part-time _____ **sì**

Allegati: 1) In caso di lavoro presso Ditte private, la certificazione della Ditta attestante il tipo di contratto e il nr. di ore svolte alla settimana:

per il sottoscritto

per l'altro genitore

2) Eventuale certificato rilasciato dal S.S.N. per il figlio

3) Eventuale certificato rilasciato dal S.S.N. per altro componente del nucleo familiare

Con la presente autorizzo il Comune di Anzola dell'Emilia, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo. In particolare, la compilazione del presente modulo esprime il consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati personali per il procedimento di iscrizione al servizio e per l'invio di Newsletter informative e finalità statistiche. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto è a conoscenza che ha diritto di accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione, la cancellazione o il blocco.

Anzola dell'Emilia, _____

Il/La dichiarante
