



Amministrazione destinataria

Comune di Voghera

Ufficio destinatario

Settore Servizi Sociali e Pubblica Istruzione

Domanda di iscrizione all'asilo nido

Ai sensi del Decreto interministeriale 31/12/1983

anno scolastico

/

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|----------------|---------|-------------------------------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |
| | | | | | | | | | | |

del bambino/a

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|-----------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

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

l'iscrizione all'asilo nido con modulo orario in

- full-time
- part-time

a partire da

Data di inizio frequenza

CHIEDE INOLTRE

che l'avviso di pagamento venga intestato a

- il genitore richiedente
- genitore diverso dal richiedente

| | | | |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

COMUNICA

la preferenza per

- nido Gavina
- nido Pombio

che il genitore che effettua la dichiarazione dei redditi e porta in detrazione la spesa relativa al servizio asilo nido è

| | | | |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

- di possedere il seguente ISEE

| | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Importo | Data di rilascio | Data di scadenza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| € | | |

- 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

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

- componente n. 1**

| | | | |
|------------------------|------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

componente n. 2

| | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

componente n. 3

| | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

componente n. 4

| | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- nel proprio nucleo sono presenti persone con disabilità superiore al 67%
pertanto allega documentazione attestante
- il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- autonomo
pertanto allega autocertificazione attestante la tipologia di attività e relativa documentazione (iscrizione camera di Commercio, Partita Iva ...), gli orari di lavoro e il numero delle ore complessive settimanali
- dipendente a tempo indeterminato
pertanto allega dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la tipologia del contratto, l'orario di lavoro e il numero delle ore complessive settimanali
- dipendente a tempo determinato
Dal Al
pertanto allega dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la tipologia del contratto, l'orario di lavoro e il numero delle ore complessive settimanali
- saltuario o occasionale
- in cerca d'occupazione
- non occupato
- altro (specificare)

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale

no

si

per maternità o allattamento

Dal **Al**

per nuova maternità o gravidanza

Dal **Al**

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

autonomo
pertanto allega autocertificazione attestante la tipologia di attività e relativa documentazione (iscrizione camera di Commercio, Partita Iva ...), gli orari di lavoro e il numero delle ore complessive settimanali

dipendente a tempo indeterminato
pertanto allega dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la tipologia del contratto, l'orario di lavoro e il numero delle ore complessive settimanali

dipendente a tempo determinato

Dal **Al**

pertanto allega dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la tipologia del contratto, l'orario di lavoro e il numero delle ore complessive settimanali

saltuario o occasionale

in cerca d'occupazione

non occupato

altro (specificare) _____

Qualifica o professione

Presso

Denominazione/Ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni e monte ore svolto settimanalmente)

che i contatti del partner sono

Mail **Numero di telefono**

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)

documentazione riguardante le vaccinazioni somministrate al minore

copia dell'attestazione ISEE

documentazione lavorativa

documentazione attestante disabilità

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.

Voghera PV

Luogo

Data

il dichiarante