



Amministrazione destinataria

Comune di Todi

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

Domanda di iscrizione all'asilo nido

anno educativo /

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 <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

del minore

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

paternità

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
---------	--	------	--	--	----------------	--	--	--	--

maternità

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
---------	--	------	--	--	----------------	--	--	--	--

medico del minore

Cognome		Nome			Numero di telefono				
---------	--	------	--	--	--------------------	--	--	--	--

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 comunale

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

l'orario di frequenza richiesto

- dalle ore 7.30 alle 15.30
- dalle ore 7.30 alle 17.30

Specificare opzione plesso scolastico

Plesso scolastico

(l'opzione sarà presa in considerazione compatibilmente con i posti disponibili)

di far valere la domanda di iscrizione a partire dal mese di

Mese

A - Dati relativi al minore per cui si fa domanda

- A1. portatore di handicap
- A2. bambino appartenente a nucleo familiare in precarie condizioni socio-economiche, interessato da un apposito intervento integrativo di natura economica e/o socio/assistenziale segnalato dal Servizio Sociale del Comune di Todi, dalla USL o dal tribunale dei minori
- A3. bambino convivente con un solo genitore in quanto orfano oppure di padre o madre ignoto/a
- A4. bambino appartenente a nucleo familiare ove esistano gravi condizioni di disadattamento familiare (esempio: malattie fisiche e psichiche gravissime) segnalato dal servizio sociale del Comune di Todi, dalla USL o dal tribunale dei minori
- A5. bambino in affido familiare/in adozione
- A6. bambino i cui genitori o altri conviventi presentino condizioni fisiche e/o psichiche invalidanti e/o di non autosufficienza (da documentare mediante idonea certificazione rilasciata da istituzione sanitaria o assistenziale pubblica o medici specialisti

- invalidità superiore al 70%

Cognome

Nome

Legame di parentela

- stato di grave malattia

Cognome

Nome

Legame di parentela

B - Presenza di altri minori nel nucleo familiare B1. altro minore convivente di età inferiore a 3 anni

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 B2. ogni altro minore convivente di età compresa da 3 a 12 anni

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 dati eventuale ulteriore minore

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 dati eventuale ulteriore minore

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 dati eventuale ulteriore minore

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 dati eventuale ulteriore minore

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C - Dati anagrafici e condizione lavorativa dei genitori padre

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"/>

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

Coniugato con

Convivente con

Specificare titolo di studio

Specificare professione

Lavoro occupazione stabile dipendente lavoro autonomo incarico lavorativo annuale contratto di formazione lavoro altro (specificare)

dati sede di lavoro

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede legale

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Codice Fiscale

Partita IVA

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Indicare orario giornaliero di lavoro

Totale ore lavorative settimanali

Orario di lavoro

- C1. 40 e più ore settimanali
- C1. da 35 a 39 ore settimanali
- C1. meno di 35 ore settimanali
- C2. lavoratore studente o studente lavoratore nei regolari anni di corso
- C3. impegno notturno di almeno 5 notti al mese
- C4. frequenza corsi di specializzazione
- C4. contratto formazione-lavoro (non inferiore a sei mesi)
- C4. praticantato
- C4. studente in corso (specificare istituto scolastico o universitario)
- C4. dottorato di ricerca
- C4. borsista
- C5. lavoratore in cassa integrazione
- C5. lavoratore precario/stagionale
- C5. volontariato (intero anno)
- C5. volontariato (inferiore a sei mesi)
- C5. studente fuori corso

Specificare

- C6. disoccupato o cassa integrato a zero ore (da documentare con autocertificazione)
- C6. casalingo
- C6. pensionato

C - Dati anagrafici e condizione lavorativa dei genitori

madre

Cognome Nome Codice Fiscale

Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza

Residenza
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP

Coniugato con

Convivente con

Specificare titolo di studio

Specificare professione

Lavoro

- occupazione stabile dipendente
- lavoro autonomo
- incarico lavorativo annuale
- contratto di formazione lavoro
- altro (specificare)

dati sede di lavoro

Denominazione/Ragione sociale Tipologia

Sede legale
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP

Codice Fiscale Partita IVA

Telefono Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata

Indicare orario giornaliero di lavoro Totale ore lavorative settimanali

Orario di lavoro

- C1. 40 e più ore settimanali
- C1. da 35 a 39 ore settimanali
- C1. meno di 35 ore settimanali
- C2. lavoratrice studentessa o studentessa lavoratrice nei regolari anni di corso
- C3. impegno notturno di almeno 5 notti al mese
- C4. frequenza corsi di specializzazione
- C4. contratto formazione-lavoro (non inferiore a sei mesi)
- C4. praticantato
- C4. studentessa in corso (specificare istituto scolastico o universitario)
- C4. dottorato di ricerca
- C4. borsista
- C5. lavoratrice in cassa integrazione
- C5. lavoratrice precaria/stagionale
- C5. volontariato (intero anno)

C5. volontariato (inferiore a sei mesi)

C5. studentessa fuori corso

Specificare

C6. disoccupata o cassa integrato a zero ore (da documentare con autocertificazione)

C6. casalinga

C6. pensionata

D - SITUAZIONE VACCINALE

- D1. Il /la sottoscritto/a dichiara di autorizzare le comunicazioni tra il Comune di Todì e l'Azienda Usl Umbria 1, finalizzate all'acquisizione delle informazioni che attestino l'assolvimento dell'obbligo vaccinale (preesistente all'emergenza Covid-19), come previsto dalla Circolare n.2166 del 27/02/2018, a firma congiunta del Ministero della Salute e del MIUR. Dichiara inoltre di essere informato che l'inottemperanza di tale obbligo preclude l'ammissione al servizio di asilo nido.

DICHIARA INOLTRE

nel caso di impossibilità straordinaria, da parte dei genitori, a riprendere il proprio bambino all'asilo, indicare nominativi e numeri telefonici di parenti e/o amici, delegati con il presente atto, a cui rivolgersi

Cognome

Nome

Numero di telefono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

- di essere a conoscenza che il Comune di Todì effettuerà controlli a campione, sulle dichiarazioni sopra elencate
- di accettare la normativa disposta dal regolamento vigente e di impegnarsi a corrispondere regolarmente al soggetto gestore la retta stabilita per il servizio e a dare immediata comunicazione per iscritto, qualora intendesse rinunciare al servizio stesso

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)

- copia dell'attestazione ISEE
- 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.

Todi

Luogo

Data

il dichiarante