



Amministrazione destinataria

Comune di Leffe

Ufficio destinatario

Servizi alla Persona - Alle Famiglie -
Politiche Giovanili - Istruzione pubblica

Domanda di iscrizione all'asilo nido

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	Scala
				Piano	SNC ☐
					CAP
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	

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

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 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

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela ()*
coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- ☐ nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
- ☐ 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

☐ dipendente a tempo indeterminato

☐ dipendente a tempo determinato

Dal **Al**

☐ saltuario o occasionale

☐ in cerca d'occupazione

☐ non occupato

☐ altro (specificare)

Qualifica o professione**Presso denominazione/ragione sociale****Tipologia****Provincia****Comune****Indirizzo****Civico****Barrato****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☐ dipendente a tempo indeterminato☐ dipendente a tempo determinato**Dal****Al**☐ saltuario o occasionale☐ in cerca d'occupazione☐ non occupato☐ altro (specificare)**Qualifica o professione****Presso****Denominazione/Ragione sociale****Tipologia****Provincia****Comune****Indirizzo****Civico****Barrato****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

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 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.

Lefte

Luogo

Data

Il dichiarante