

Il/La sottoscritto/a.....nato/a
il.....a.....residente a.....in
via.....
n...., tel.,.....

CHIEDE

che il/la proprio figlio/a..... nato/a
a.....il.....
oppure indicare la data presunta del parto (valida se entro il
09/01/2021).....
sia ammesso/a all'asilo nido "La luna nel pozzo".

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così
come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;

1) che il proprio nucleo familiare è così costituito:

COGNOME NOME	RELAZIONE DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE

2) che l'ISEE (indicatore della situazione economica equivalente) del nucleo familiare
di cui sopra è pari a €.....come risulta dall'attestazione rilasciata in
data.....a seguito di presentazione della dichiarazione sostitutiva unica.
Il firmatario è consapevole che, la suddetta documentazione è necessaria ai fini della
determinazione della retta di frequenza come previsto dall'art. 6 del vigente regolamento
comunale.

- 3) che il/la bambino/a è disabile: SI NO
- 4) che il/la bambino/a è orfano di: padre
 madre
 entrambi i genitori
- 5) che il/la bambino/a ha: solo il padre che lavora
 solo la madre che lavora
 entrambi i genitori che lavorano
- 6) che è presente nel nucleo familiare un altro portatore di handicap: SI NO
- 7) che la madre è in attesa di un altro bambino: SI NO
- 8) che il bambino/a ha fratelli o sorelle già frequentanti l'asilo nido: SI NO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- stampato riepilogativo;
- certificato ISE/ISEE;
- autocertificazione dello stato lavorativo dei genitori;
- eventuale certificato di disabilità;
- certificato di data presunta del parto (per le mamme in gravidanza)

In attesa di cortese riscontro si porgono Cordiali Saluti.

Ospedaletto Euganeo li,

Firma per esteso del richiedente

.....

MODULO ISCRIZIONE ASILO NIDO "LA LUNA NEL POZZO" ANNO 2020/2021

COGNOME NOME <u>BAMBINO</u>			
LUOGO E DATA DI NASCITA			
INDIRIZZO, CITTA', CAP.			
CODICE FISCALE BAMBINO			
COGNOME NOME <u>PADRE</u>			
LUOGO E DATA DI NASCITA			
PROFESSIONE			
CODICE FISCALE			
COGNOME NOME <u>MADRE</u>			
LUOGO E DATA DI NASCITA			
PROFESSIONE			
CODICE FISCALE			
TELEFONO (INDICARE UNO O PIÙ NUMERI REPERIBILI)			
COGNOME NOME <u>PEDIATRA</u>			
ORARIO RICHiesto	DALLE 7.20, ALLE 13.00	OPPURE	DALLE 7.20 ALLE 18.00
	DALLE 7.20 ALLE 17.00		
HA GIÀ FREQUENTATO IL NIDO	SI	NO	
EVENTUALI INTOLLERANZE ALIMENTARI O PARTICOLARI PATOLOGIE			
EVENTUALI PARTICOLARI ESIGENZE			
SEGNALAZIONI PARTICOLARI			

Data.....

Firma.....

Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96. I dati sopra indicati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti, e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. I dati personali saranno custoditi dalla Coop. Sociale AURA e dal Comune di Ospedaletto Euganeo.

Data.....

Firma.....