



Comune di Calliano

Provincia Autonoma di Trento

Ufficio Segreteria

Telefono 0464 830561 E-mail personale@comune.calliano.tn.it

ASILO NIDO COMUNALE di CALLIANO

ISCRIZIONE DA _____

Il sottoscritto _____ residente
a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a alla frequenza del Servizio di Asilo Nido del Comune di Calliano.

Dati del/la bambino/a:

Cognome e Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Residente in Via/Piazza: _____

Codice Fiscale: _____

Si richiede la frequenza nel seguente orario:

- Normale: 8 ore
- Prolungato: superiore a 8 ore

n. telefonico di mamma: _____

n. telefonico di papà: _____

n. telefonico di: _____ : _____

indirizzo e-mail: _____

Addì, _____

Firma _____

DICHIARA:

1. SITUAZIONE FAMILIARE:

- presenza di un solo genitore (riconoscimento da parte di un solo genitore, separazione legale, divorzio o vedovanza);
- presenza di entrambi i genitori;

che il nucleo familiare è composto da n. _____ componenti

- di cui n. _____ bambini da 0 a 3 anni;

2. SITUAZIONE LAVORATIVA:

	MAMMA	PAPA'
Cognome e Nome		
Data di nascita		
Luogo di nascita		
Codice Fiscale		
Professione	<p>Disoccupata (dal _____) Occupata presso: _____</p> <p><input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a part-time <input type="checkbox"/> stagionale a tempo pieno <input type="checkbox"/> stagionale part-time</p>	<p>Disoccupato (dal _____) Occupato presso: _____</p> <p><input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a part-time <input type="checkbox"/> stagionale a tempo pieno <input type="checkbox"/> stagionale part-time</p>

3. PRESENZA DI PROBLEMI DI HANDICAP GRAVE

(Lo stato di invalidità deve essere riconosciuto dalle competenti Commissioni sanitarie)

- no
- si

**Se sì indicare:
la percentuale _____ % di invalidità relativa a:**

- genitore del bambino (o, in caso di assenza, chi svolge la funzione genitoriale)
_____ (indicare nome e cognome)
- altro familiare _____ (indicare nome e cognome)

4. SITUAZIONE DEL BAMBINO

- a) Presenza di minorazioni psicofisiche (da documentare attraverso la presentazione di certificazione sanitaria)
- no
 sì
- b) mancanza di adeguata assistenza nell'ambito familiare (attestata da relazione dei Servizi Sociali)
- no
 sì

5. SITUAZIONE ECONOMICA:

coefficiente ICEF: _____

6. CONTEMPORANEA FREQUENZA DELL'ASILO NIDO DI PIU' FIGLI:

Cognome e Nome del/la bambino/a _____
Cognome e Nome del/la bambino/a _____

DICHIARA INOLTRE:

- che, a conoscenza delle modalità di applicazione e delle sanzioni previste dalle vigenti leggi, quanto sopra esposto corrisponde al vero e che si impegna a presentare ogni ulteriore documentazione richiesta per comprovare la veridicità di quanto dichiarato;
- di aver preso visione del contenuto del *Regolamento di gestione dell'Asilo Nido comunale di Calliano* e di accettare, contestualmente, quanto prescritto dal medesimo.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Ragioneria del Comune di Calliano ogni variazione riguardante le dichiarazioni contenute nella presente domanda.

Comunicazioni da parte dei genitori:

Addì, _____

Firma _____

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'Amministrazione Pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici esercizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all' art. 5 c. 2 della Legge 15.03.1997, n.59 (D.P.R. 445/2000).