



COMUNE DI TODI

PROVINCIA DI PERUGIA

Allegato "B"

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
ALL'ASILO NIDO COMUNALE**

ANNO EDUCATIVO 2025/2026

**GENERALITA' DEL RICHIEDENTE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a richiedente, come sopra generalizzato/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

**DATI ANAGRAFICI RELATIVI AL/LA BAMBINO/A.**

Cognome e nome.....  
nato/a a .....il.....residente a.....  
cap.....via..... n..... tel.....  
domicilio, (se diverso dalla residenza)  
via.....n.....tel.....

**PATERNITA'** .....Tel.....  
**MATERNITA'** .....Tel.....

Cognome e nome del medico del bambino.....tel.....

**ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO**

7.30 – 15.30  
7.30 – 17.30

**OPZIONE PLESSO SCOLASTICO**.....

**L'opzione sarà presa in considerazione compatibilmente con i posti disponibili.**

Domanda di iscrizione da far valere a partire dal mese di : **SETTEMBRE 2025**

**A - Dati relativi al/la bambino/a 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 Todì, 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 (es. malattie fisiche e psichiche gravissime) segnalato dal Servizio Sociale del Comune di Todì, 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).

A6.1 ..... invalidità superiore al 70%.  
 (specificare cognome, nome e legame di parentela)

A6.2 ... \ / ..... stato di grave malattia.  
 (specificare cognome, nome e legame di parentela)

**B - Presenza di altri minori nel nucleo familiare**

B1 Altro minore convivente di età inferiore a 3 anni

.....  
 cognome e nome nato a il

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

.....  
 cognome e nome nato a il

.....  
 cognome e nome nato a il

**C - Dati anagrafici e condizione lavorativa dei genitori**

**PADRE** Cognome e nome.....  
 nato a..... il.....  
 coniugato con..... convivente con .....  
 residente a Todì in Via .....N.....  
**oppure:** residente nel comune di .....  
 Via ..... N. ....  
 titolo di studio..... professione.....  
 Cod. fisc.....

Occupazione stabile dipendente      Lavoro autonomo

Incarico lavorativo annuale      Contratto di formazione lavoro

Altro .....

Sede di lavoro.....datore di lavoro.....

Orario giornaliero di lavoro (da specificare con esattezza)

MATTINO dalle..... alle.....POMERIGGIO dalle.....alle.....

SABATO dalle..... alle.....PART TIME dalle.....alle.....

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI.....

### ORARIO DI LAVORO

- C1 40 e più ore settimanali  
da 35 a 39 ore settimanali  
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  
Contratto formazione-lavoro (*non inferiore a sei mesi*)  
Praticantato  
Studente in corso (specificare istituto scolastico o universitario)  
Dottorato di ricerca  
Borsista  
**(Barrare una sola opzione)**
- C5 Lavoratore in cassa integrazione  
Lavoratore precario/stagionale  
Volontariato (intero anno)  
Volontariato (*inferiore a sei (6) mesi*)  
Studente fuori corso (specificare).....  
**(Barrare una sola opzione)**
- C6 Disoccupato o cassa integrato a zero ore (*da documentare con autocertificazione*)  
Casalingo  
Pensionato  
**(Barrare una sola opzione)**

**Si evidenzia che il Comune di Todi effettuerà controlli a campione, sulle dichiarazioni sopra elencate.**

**MADRE** Cognome e nome.....  
nata a..... il.....  
coniugata con..... convivente con.....  
residente a Todi in Via .....N.....  
**oppure:** residente nel comune di .....  
Via ..... N.....  
titolo di studio..... professione.....  
Codice Fiscale .....

Occupazione stabile dipendente      Lavoro autonomo

Incarico lavorativo annuale      Contratto di formazione lavoro

Altro .....

Sede di lavoro.....datore di lavoro.....

MATTINO dalle..... alle.....POMERIGGIO dalle.....alle.....

SABATO dalle..... alle.....PART TIME dalle.....alle.....

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI.....

### ORARIO DI LAVORO

- C1 40 e più ore settimanali

da 35 a 39 ore settimanali  
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  
Contratto formazione-lavoro *(non inferiore a sei (6) mesi)*  
Praticantato  
Studentessa in corso (specificare istituto scolastico o universitario)  
Dottorato di ricerca  
Borsista  
**(Barrare una sola opzione)**
- C5 Lavoratrice in cassa integrazione  
Lavoratrice precaria/stagionale  
Volontariato (intero anno)  
Volontariato *(inferiore a sei (6) mesi)*  
Studentessa fuori corso  
**(Barrare una sola opzione)**
- C6 Disoccupata o cassa integrata a zero ore *(da documentare con autocertificazione)*  
Casalinga  
Pensionata  
**(Barrare una sola opzione)**

**Si evidenzia che il Comune di Todi effettuerà controlli a campione, sulle dichiarazioni sopra elencate.**

#### **D - SITUAZIONE VACCINALE**

**D1.** Il /la sottoscritto/a dichiara di autorizzare le comunicazioni tra il Comune di Todi 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.

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:

.....tel. ....

.....tel. ....

.....tel. ....

*Il sottoscritto accetta la normativa disposta dal Regolamento vigente; si impegna 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.*

Todi, li.....

Firma

.....

**La firma va apposta in presenza dell'addetto. Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri, si deve allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di colui che ha firmato.**

## AVVISO SULLA PRIVACY

Si informa che ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per cui sono conferiti.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed un eventuale rifiuto sarà causa di inammissibilità della domanda. I dati saranno utilizzati esclusivamente dal personale del Servizio Sociale e Demografico.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Todi, nella persona del suo Legale Rappresentante.

Todi, li \_\_\_\_\_

Firma

.....

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

#### 1) OBBLIGATORIA:

**FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE**

2) **FACOLTATIVA-**: Attestazione I.S.E.E. (Indicatore Situazione Economica Equivalente) in corso di validità, rilasciata da un CAF costituito. (Si precisa che l'ISEE verrà preso in considerazione a parità di punteggio).