

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

ANNO EDUCATIVO 2026/2027

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome _____
 nato/a a _____ il _____
 Codice Fiscale _____ cittadinanza _____
 residente a _____ Cap _____
 Via _____ N. _____
 oppure: residente nel comune di _____
 Via _____ N. _____
 e-mail _____

2. DICHIARAZIONE DELL'ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a _____, esercente la
 potestà genitoriale, consapevole che, secondo l'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni
 mendaci sono punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti:

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

(barrare obbligatoriamente una delle seguenti opzioni)

- di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva/su autorizzazione dell'Autorità
 Giudiziaria (allegare copia)
 che l'altro genitore è a conoscenza e consenziente all'iscrizione del minore al servizio scolastico
 di cui trattasi

3. SECONDO REFERENTE

Cognome e Nome _____
 nato/a a _____ il _____
 Codice Fiscale _____ cittadinanza _____
 residente a _____ Cap _____
 Via _____ N. _____
 oppure: residente nel comune di _____
 Via _____ N. _____
 recapiti telefonici _____
 e-mail _____

4. DATI ANAGRAFICI RELATIVI AL MINORE

Cognome e nome.....
 nato/a ail.....residente a.....
 cap.....via..... n..... tel.....

domicilio, (se diverso dalla residenza)

via.....n.....tel.....

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

5. RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a richiedente, come sopra generalizzato/a,

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso alla frequenza dell'asilo nido comunale a partire dal mese di

6. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

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.

7. CRITERI DI PRIORITÀ E SITUAZIONI FAMILIARE

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,

DICHIARA

A - Dati relativi al/la bambino/a per cui si fa domanda

- A1 Portatore di handicap
- A2 Nucleo in condizioni socio-economiche difficili con intervento dei Servizi Sociali
- A3 Orfano o figlio di genitore ignoto
- A4 Grave disagio familiare certificato dai Servizi Sociali/ASL/Tribunale
- A5 Affidamento familiare o adozione
- A6 Genitori o conviventi con invalidità o non autosufficienza (da documentare mediante idonea certificazione rilasciata da istituzione sanitaria o assistenziale pubblica o medici specialisti).

A6.1 _____ invalidità > 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 - Condizione lavorativa del PADRE

Coniugato con..... convivente con
professione.....

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.....

PER OGNI PUNTO BARRARE UNA SOLA OPZIONE

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

- C5 Lavoratore in cassa integrazione
 Lavoratore precario/stagionale
 Attività di volontariato (intero anno)
 Attività di volontariato (*inferiore a sei (6) mesi*)
 Studente fuori corso

- C6 Disoccupato o cassa integrata a zero ore (*da documentare con autocertificazione*)
 Casalingo
 Pensionato

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

C - Condizione lavorativa della MADRE

Coniugata con..... convivente con

professione.....

- 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.....

PER OGNI PUNTO BARRARE UNA SOLA OPZIONE

- 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

- C5
- Lavoratrice in cassa integrazione
 - Lavoratrice precaria/stagionale
 - Attività di volontariato (intero anno)
 - Attività di volontariato (*inferiore a sei (6) mesi*)
 - Studentessa fuori corso

- C6
- Disoccupata o cassa integrata a zero ore (*da documentare con autocertificazione*)
 - Casalinga
 - Pensionata

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

8 - SITUAZIONE VACCINALE

I sottoscritti

_____ (nome e cognome padre)

_____ (nome e cognome madre)

genitori/tutori del/della minore

_____ (nome e cognome del bambino/a)

consapevoli delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARANO

(ai sensi della normativa vigente in materia di obbligo vaccinale)

che il/la proprio/a figlio/a è in regola con gli obblighi vaccinali;

che il/la proprio/a figlio/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie previste per l'età;

che è stata presentata richiesta di vaccinazione all'ATS/ASL competente e la stessa è in corso di esecuzione;

che il/la minore è esonerato/a / omesso/a / differito/a dalle vaccinazioni per motivi di salute certificati dal medico (allegare la documentazione comprovante quanto dichiarato).

I sottoscritti dichiarano 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. Dichiarano, inoltre, di essere informato che l'inottemperanza di tale obbligo preclude l'ammissione al servizio di Asilo Nido.

9. DELEGATI AL RITIRO DEL MINORE

Nel caso di impossibilità straordinaria, da parte dei genitori, a riprendere il proprio bambino all'asilo, indicare nominativi e numeri telefonici delle persone delegate con il presente atto:

1° Delegato

Cognome e nome.....
Data di nascita.....
Tipo di documento (patente – Carta di identità – altro).....
Numero documento.....
Data rilascio documento.....

2° Delegato

Cognome e nome.....
Data di nascita.....
Tipo di documento (patente – Carta di identità – altro).....
Numero documento.....
Data rilascio documento.....

3° Delegato

Cognome e nome.....
Data di nascita.....
Tipo di documento (patente – Carta di identità – altro).....
Numero documento.....
Data rilascio documento.....

4° Delegato

Cognome e nome.....
Data di nascita.....
Tipo di documento (patente – Carta di identità – altro).....
Numero documento.....
Data rilascio documento.....

5° Delegato

Cognome e nome.....
Data di nascita.....
Tipo di documento (patente – Carta di identità – altro).....
Numero documento.....
Data rilascio documento.....

10. ISEE

In caso di mancato inserimento dei campi relativi all'ISEE non verrà attribuito alcun punteggio relativo alla situazione economica.

Data rilascio dichiarazione ISEE:.....
Ente che ha rilasciato la dichiarazione ISEE:.....
Importo ISEE:.....

11. DICHIARAZIONE FINALE

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 iscritta qualora intenda rinunciare al servizio stesso.

Todi, li _____

Firma del richiedente

.....

12. INFORMATIVA PRIVACY

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

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed un eventuale rifiuto comporterà l'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 del richiedente

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);

- ogni altra documentazione richiesta ai fini della graduatoria.

In assenza di tale documentazione, non verrà attribuito alcun punteggio per la relativa voce.