

COMUNE DI TODI

Allegato "B"

Domanda n°.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO COMUNALE

ANNO EDUCATIVO 2024/2025

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 ail.....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 :

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 Todi, 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 Todi, 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 Todi in ViaN.....
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 ViaN.....
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).