Amministrazione destinataria

Comune di Chieri

Ufficio destinatario

Servizio Nidi

Domanda di iscrizione all'asilo nido

anno scolastico ***/***

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

del bambino/a

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'iscrizione per il nido di infanzia

- ☐ Cucciolo
- ☐ Colibrì
- ☐ Convenzionato

Ordine di preferenza sulla scelta (se più di uno, in ordine dal primo all'ultimo)

con modulo orario in

- ◯ part time (uscita entro le 13:30)
- ◯ full time (uscita 15:30 – 16)
- ◯ full time lungo (uscita 16 – 17)
- ◯ prolungamento orario (uscita 17 – 18)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ di essere consapevole che l'adempimento dell'obbligo vaccinale ai sensi della Legge n. 119/2017 costituisce un requisito indispensabile per l'accesso al servizio di asilo nido

☑ di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela (*)
adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozioneo affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastra, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

☐ nel proprio nucleo sono presenti persone con disabilità
Pertanto allega Copia del certificato di invalidità civile

☐ il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale

Nome assistente sociale che segue il minore

Cognome	Nome

☐ dichiara di aver fatto richiesta di inserimento al nido al servizio sociale

☐ esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

☐ di essere un nucleo familiare monoparentale (vedovo/a, nubile/celibe che non coabita con altro genitore, separato/a o divorziato/a con affidamento esclusivo dei figli...)

☐ essere in lista d'attesa nella graduatoria senza aver rinunciato al posto nido d'infanzia assegnato

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- ☐ autonomo
- ☐ dipendente a tempo indeterminato
- ☐ dipendente a tempo determinato

Dal **Al**

- ☐ saltuario o occasionale
- ☐ in cerca d'occupazione
- ☐ non occupato
- ☐ altro *(specificare)*

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

☐ che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

- ☐ autonomo
- ☐ dipendente a tempo indeterminato
- ☐ dipendente a tempo determinato

Dal **Al**

- ☐ saltuario o occasionale
- ☐ in cerca d'occupazione
- ☐ non occupato
- ☐ altro *(specificare)*

Qualifica o professione

Presso
Denominazione/Ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del certificato di invalidità civile
- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Chieri		