Allegato C

COMUNE DI VILLANOVA MONTELEONE
Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL MICRONIDO COMUNALE
a.e. 2018/2019

Il/a sottoscritto/a (cognome e nome) _____

in qualita di _____ Cod. Fiscale _____

residente a _____via _____

tel. casa _____ cell. _____

e mail _____

CHIEDE

CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A o altro _____

(cognome e nome del/la bambino/a) _____

nato/a a _____il _____

residente a _____ in via _____

c.f. _____

sia ammesso/a a frequentare il Micronido Comunale

con decorrenza _____/_____/_____

DICHIARA

- *di essere a conoscenza del Regolamento Comunale per il funzionamento del Micronido;*
- *di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;*
- *di essere consapevole che su quanto e dichiarato il Comune si riserva la facoltà di effettuare controlli a campione;*
- *di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa*

1. ☐ che il bambino per il quale viene richiesta l'iscrizione è in condizione di disabilità certificata L. 104/92, art. 3 (allegare la relativa certificazione).

2. DATI GENITORI *

MADRE DEL BAMBINO/A	**PADRE DEL BAMBINO/A**
cognome/nome _____ nato il _____ a_____ codice fiscale _____ ☐ PERSONA CON INVALIDITÀ dal 76% al 100% (allegare la relativa certificazione) ☐ PERSONA CON HANDICAP GRAVE L. 104/92, art. 3, c. 3 (allegare la relativa certificazione) ☐PARTICOLARE SITUAZIONE sanitaria e sociale (debitamente certificabile) ☐ GENITORE SOLO **Condizione lavorativa** ☐ DIPENDENTE presso _____ _____ a ❑ tempo indeterminato ❑ part time ❑ full time ❑ ore di lavoro settimanali _____ ❑ tempo determinato fino a_____ ☐LIBERO PROFESSIONISTA ore di lavoro settimanali _____ ☐ COMMERCIANTE/ARTIGIANO/AUTONOMO ore di lavoro settimanali _____ ☐ DISOCCUPATO ☐ PENSIONATO ☐ ALTRO	cognome/nome _____ nato il _____ a_____ codice fiscale _____ ☐ PERSONA CON INVALIDITÀ dal 76% al 100% (allegare la relativa certificazione) ☐ PERSONA CON HANDICAP GRAVE L. 104/92, art. 3, c. 3 (allegare la relativa certificazione) ☐PARTICOLARE SITUAZIONE sanitaria e sociale (debitamente certificabile) ☐ GENITORE SOLO **Condizione lavorativa** ☐ DIPENDENTE presso _____ _____ a ❑ tempo indeterminato ❑ part time ❑ full time ❑ ore di lavoro settimanali _____ ❑ tempo determinato fino a_____ ☐LIBERO PROFESSIONISTA ore di lavoro settimanali _____ ☐ COMMERCIANTE/ARTIGIANO/AUTONOMO ore di lavoro settimanali _____ ☐ DISOCCUPATO ☐ PENSIONATO ☐ ALTRO

** alla data di sottoscrizione della domanda*

3. ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (non indicati nelle precedenti sezioni)

COGNOME E NOME	**NATO A IL**	**GRADO DI PARENTELA** con il bambino per il quale si chiede l'iscrizione

4. ALTRI DATI PER ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO

☐ figlio minore portatore di handicap L. 104/92, art. 3:
cognome e nome _____ (allegare la relativa certificazione)

5. VACCINAZIONI EFFETTUATE

In relazione all'obbligo delle vaccinazioni che costituisce requisito di accesso (Decreto Legge 07 giugno 2017 , n. 73):

☐ il minore **ha effettuato** le vaccinazioni obbligatorie previste dal *Calendario vaccinale nazionale*;

☐il minore **non ha effettuato** le vaccinazioni obbligatorie previste dal *Calendario vaccinale naz.le*;

☐il minore **ha ricevuto** l'esonero, l'omissione o il differimento all'effettuazione delle stesse per motivi di salute (da documentare con attestazioni mediche).

6. QUOTE DI FREQUENZA

Il sottoscritto si impegna al pagamento della quota di frequenza secondo quanto definito dall'amministarzione comunale.

Dichiara a tale fine:

☐ di essere in possesso di un'attestazione ISEE prot. n. _____ rilasciata in data _____ con indicatore pari a € _____ ;

☐ di essere in possesso di un'attestazione ISEE, che si allega in copia;

☐ non si produce attestazione ISEE *****.

******in tal caso verrà applicata la quota massima prevista*

SI ALLEGA:

(documentazione obbligatoria)

1. Copia del documento d'identità del genitore dichiarante;
2. Tessera sanitaria del bambino per il quale si richiede l'iscrizione;
3. Certificazione rilasciata dalla A.S.L. attestante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie;

   ovvero

   in caso di mancata vaccinazione : copia della richiesta formale già inoltrata alla ASL;

   in caso di omissione, differimento o esonero dall'obbligo adeguata: certificazione comprovante la presenza di cause ostative;

(documentazione facoltativa)

☐ Attestazione ISEE;

☐ Certificazioni attestanti particolari situazioni sanitarie o sociali;

☐ Certificati attestanti lo stato di invalidità civile e lo stato di handicap (L. 104/1992);

☐ Copia della richiesta formale inoltrata alla ASL per l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie.

Il sottoscritto dichiara e si impegna a comunicare cambi di residenza o di recapito.

Data _____

_____

Firma del/la dichiarante

Ai sensi dell' art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dallinteressato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identita del sottoscrittore.

PARTE RISERVATA ALL'OPERATORE SOCIALE COMUNALE

☐ Il bambino per il quale è richiesta l'iscrizione ha particolari e comprovati problemi di ordine sociale, ambientale o economico.

data_____

L'OPERATORE SOCIALE

_____