



Amministrazione destinataria
Comune di Capriano del Colle

Ufficio destinatario
Ufficio Servizi Istruzione

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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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			

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 all'asilo nido con modulo orario in

- Full time
- part time
- tempo prolungato

a partire da

Data di inizio frequenza

CHIEDE INOLTRE

l'iscrizione al servizio di mensa scolastica

- non usufruendo di una dieta speciale
- usufruendo di una dieta speciale

Dieta richiesta

- per motivi sanitari
pertanto allega copia del certificato medico
- per motivi etici o religiosi

Descrizione dieta richiesta

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 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

componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione			
<input type="text"/>			

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
- il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

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)

Congedo parentale

- no
- si
 - per maternità o allattamento
- per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

Dal

Al

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)

Congedo parentale

- no
 si

- per maternità o allattamento

Dal

Al

- per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

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

Capriano del Colle

Luogo

Data

Il dichiarante

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.