

**ALL'UFFICIO ISCRIZIONI DEI
SERVIZI EDUCATIVI DEL COMUNE DI FANO**



Prot. Scuola n. Prot. S.E. n.

Oggetto: Domanda di iscrizione ai servizi per l'infanzia 3/36 mesi – a.s. 2020-21

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

chiede di ISCRIVERE il/la proprio/a figlio/a Cognome _____ Nome _____

Presso il nido indicato in ordine di preferenza , (consultare la GUIDA ALLA SCELTA)

1.	2.	3.
4.	5.	

Orario richiesto: Antimeridiano Tempo prolungato fino alle 17,30
 Intera giornata
 (uscita 16,30)

Disponibile al cambio di orario
 Sì No

A tal fine dichiara:

che il proprio figlio è nato a _____ il _____ residente a Città _____
Via/Piazza _____ C.F. _____

che il padre si chiama Cognome _____ Nome _____ ed è nato a _____
 il _____ C.F. _____
Professione _____ Sede di lavoro _____ **Orario** (settimanale) _____
Lavoro continuativo fuori sede con rientro: ogni tre mesi ogni due o più settimane settimanale **Pendolare** Da 15 a 40 Km Oltre 40 Km
 Turn. Nott

Tipologia di lavoro: a tempo indeterminato lavoro autonomo a tempo determinato superiore ai 9 mesi
 tempo determinato fra 4 e 9 mesi Iscrizione a corsi con obbligo frequenza prestazioni occasionali inferiori a 4 mesi

che la madre si chiama Cognome _____ Nome _____ ed è nata a _____
 il _____ C.F. _____
Professione _____ Sede di lavoro _____ **Orario** (settimanale) _____
Lavoro continuativo fuori sede con rientro: ogni tre mesi ogni due o più settimane settimanale **Pendolare** Da 15 a 40 Km Oltre 40 Km
 Turn. Nott

Tipologia di lavoro: a tempo indeterminato lavoro autonomo a tempo determinato superiore ai 9 mesi
 tempo determinato fra 4 e 9 mesi Iscrizione a corsi con obbligo frequenza prestazioni occasionali inferiori a 4 mesi

che la famiglia può essere contattata ai seguenti numeri telefonici:

n.	di	n.	di
n.	di	n.	di

O al seguente indirizzo di posta elettronica : _____

Dichiara di autorizzare l'invio di comunicazioni o fatture tramite mail (barrare la voce scelta) **SI **NO****

Di trovarsi nelle sotto indicate condizioni:

Bambino è portatore di handicap ai sensi della L. 104/92 e smi Allegare documentazione della commissione competente Sostegno
 Il nucleo familiare è monoparentale (Non rientrano le coppie di fatto od altre situazioni elencate nella GUIDA ALLA SCELTA)

Un membro della famiglia bisognoso di assistenza per invalidità Allegare documentazione della commissione competente

Sono presenti persone tra 18 e 65 anni non occupate in attività lavorative

Genitore o chi ne fa le veci con infermità invalidante (allegare documentazione della commissione competente)	Padre da 40% a 79% <input type="checkbox"/>	Padre da 80% a 100% <input type="checkbox"/>
	Madre da 40% a 79% <input type="checkbox"/>	Madre da 80% a 100% <input type="checkbox"/>

Madre in gravidanza

Parto gemellare

N° gemelli

Allegare il certificato medico

Sorelle o fratelli di età compresa tra 0 a 11 anni alla data del 31 dicembre 2020 N°

Gemella/o N°

Fratelli minorenni N°

che il nucleo familiare è in situazione di grave difficoltà

Documentata dai servizi socio sanitari territoriali

Note:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n.° 445/2000 – “T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” e ss.mm.ii., per le ipotesi di falsità in atti ed affermazioni mendaci ivi indicate.

Confermo che quanto riportato nel presente modulo corrisponde a verità e m’impegno a produrre la relativa documentazione a Vostra richiesta a norma di quanto previsto dall’art. 71 del T.U..

INFORMATIVA AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA SULLA PRIVACY

Si informa che i dati dichiarati, o da voi forniti, saranno trattati esclusivamente per i procedimenti relativi alle iscrizioni ai servizi per l’infanzia nell’ambito delle attività che il Comune predispone nell’interesse pubblico e nell’esercizio dei pubblici poteri. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatizzate ed i dati saranno elaborati dal personale del Comune, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. *I vostri dati potranno essere comunicati all’esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della legge 241/1990 e ss.mm.ii. e/o ai sensi del D.lgs 33/2013.*

Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento U.E. 679/2016: www.garanteprivacy.it. Il Comune è il titolare del trattamento dei dati. L’informativa completa e i dati di contatto del RPD sono disponibili presso il sito del Comune o presso gli appositi uffici.

Letto, confermato e sottoscritto.

IN FEDE

Data

NOTA BENE

Nel caso sussistano le condizioni sanitarie di seguito riportate si ricorda di provvedere alla loro certificazione entro il termine previsto per l’iscrizione allegando i certificati indicati:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Utente con certificazione ai sensi della L. 104/92 - Invalidità dei genitori dal 40% al 79% - Invalidità dei genitori dal 80% al 100% - Invalidità al 100% o necessità di assidua assistenza per i minori, di soggetti che fanno parte del medesimo nucleo familiare - Gravidanza | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Certificato rilasciato dalle competenti commissioni ➤ Certificato con invalidità rilasciato dalle competenti commissioni ➤ Certificato con invalidità rilasciato dalle competenti commissioni ➤ Certificato con invalidità rilasciato dalle competenti commissioni ➤ Certificato medico |
|---|---|