

Protocollo	Timbro arrivo
------------	---------------

Comune di Castellana Grotte
Ufficio Servizi Sociali
 Via Marconi, n. 9
 70013 Castellana Grotte (BA)

Domanda d'iscrizione al nido d'infanzia a.e. 2017/2018

da presentare dal 15 giugno al 31 luglio 2017

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercente la potestà genitoriale del bambino/a (nome e cognome) _____

nato/a (*dati del genitore*) _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cell. _____ / _____

codice fiscale _ _ _ _ _

chiedo

di iscrivere, per l'anno educativo 2017/2018 mio/a figlio/a presso l'asilo nido comunale "San Benedetto".

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

dichiaro che il bambino/a

NOTA: *barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa*

è nato/a a _____ prov. _____ il _____

[_] è residente in _____ alla via _____ n. _____

[_] è in affido familiare/adozione

[_] è ospite in struttura di accoglienza madre-bambino/a presente a Castellana Grotte e segnalato dal servizio sociale del Comune di provenienza

Composizione del nucleo familiare

Il nucleo familiare (*) è composto da:

*Per nucleo familiare si intende quello che risulta dallo stato di famiglia; il grado di parentela è in relazione al genitore che sottoscrive la domanda

nome e cognome	luogo e data di nascita	grado di parentela
		dichiarante

Condizione lavorativa dei genitori

la/il **madre/padre** è in condizione lavorativa

no si

in caso positivo, barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa e compilare la relativa sezione in ogni sua parte. La mancata compilazione comporterà l'attivazione del controllo

lavoratore autonomo/libero professionista

(indicare il tipo di professione/attività) _____

partita IVA ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___

iscritto alla Camera di Commercio di _____ n. _____

Ditta/società/ditta individuale _____

con sede di lavoro a _____ telefono lavoro _____

dipendente

(indicare il tipo di professione) _____

ditta/ente/ da cui dipende _____

con sede di lavoro a _____ telefono lavoro _____

altro (specificare sede, tipologia e durata dell'attività lavorativa svolta) _____

la/il **madre/padre** è in condizione lavorativa no si

in caso positivo, barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa e compilare la relativa sezione in ogni sua parte. La mancata compilazione comporterà l'attivazione del controllo.

lavoratore autonomo/libero professionista

(indicare il tipo di professione/attività) _____

partita IVA ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___

iscritta alla Camera di Commercio di _____ n. _____

Ditta/società /ditta individuale _____

con sede di lavoro a _____ telefono lavoro _____

dipendente

(indicare il tipo di professione) _____
ditta/ente/ da cui dipende _____
con sede di lavoro a _____ telefono lavoro _____
[_] **altro** (specificare sede, tipologia e durata dell'attività lavorativa svolta) _____

Dichiaro inoltre che il/la bambino/a si trova in una delle **seguenti condizioni:**

[_] è un/una bambino/a **disabile** - allegare certificazione

[_] è un/una bambino/a **appartenente a nuclei familiari in carico al Servizio Sociale Minori** su segnalazione del servizio ASL (documentazione dei Servizi Sociali obbligatoria)

[_] è un/una bambino/a orfano/a di entrambi i genitori

[_] è un/una bambino/a che **convive ed è residente** con un solo genitore in quanto:

[_] unico genitore che ha riconosciuto il figlio

[_] genitori separati

[_] genitori divorziati

[_] l'altro genitore è detenuto in carcere

[_] l'altro genitore è deceduto

[_] l'altro genitore ha perso la potestà genitoriale

è un/una bambino/a che **convive ed è residente** con:

[_] fratello e/o sorella disabile ai sensi della Legge 104/92

[_] genitore disabile grave ai sensi dell'art. 3 c. 3 L.104/92 o con invalidità pari o superiore al 66% (allegare copia della certificazione attestante lo stato di disabilità)

[_] è un/una bambino/a con **entrambi i genitori lavoratori** a tempo pieno

[_] è un/una bambino/a con **entrambi i genitori lavoratori**, di cui uno part-time

[_] è un/una bambino/a con **entrambi i genitori lavoratori** part-time

[_] è un/una bambino/a con **un genitore lavoratore** part-time e l'altro **non lavoratore**

[_] è un/una bambino/a con **entrambi i genitori non lavoratori**

Dati relativi all'ISEE

Importante:

in mancanza della documentazione relativa all'Isee la domanda verrà collocata in coda e verrà applicata la **tariffa non agevolata**.

Io sottoscritto, ai fini della **formulazione della graduatoria** per l'iscrizione al nido "San Benedetto" e dell'assegnazione della **tariffa agevolata**:

Nota: *barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa:*

[_] **dichiaro** che il **valore ISEE** del proprio nucleo familiare è il seguente:

Valore ISEE euro _____ Numero Protocollo INPS-ISEE _____

data di Attestazione: giorno _____ mese _____ anno _____

[_] **dichiaro** di aver sottoscritto una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica):

Numero Protocollo INPS-DSU _____ in data:

giorno _____ mese _____ anno _____

[] **comunico** che questa Amministrazione è già in possesso dell'ISEE/DSU, presentata in data _____ protocollo n. _____

per la richiesta di _____

Attestazione sugli obblighi vaccinali

Consapevole che, in caso di non ottemperanza all'obbligo vaccinale previsto dalla normativa statale e senza motivazione sanitaria, **sarà preclusa la frequenza al servizio educativo**

[] **mi impegno** a sottoporre la/il bambina/o alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente

[] dichiaro di non voler sottoporre la/il bambina/o alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente, consapevole che sarà preclusa l'ammissione al servizio educativo

[] dichiaro che la/il bambina/o rientra in uno dei casi di esonero dalle vaccinazioni e che pertanto il percorso di somministrazione deve essere omesso o differito esclusivamente per motivi sanitari e

[] allego il certificato medico del pediatra di libera scelta autorizzato dalla Pediatria Territoriale dell'ASL

oppure

[] mi impegno a presentare il certificato medico del pediatra di libera scelta autorizzato dalla Pediatria Territoriale dell'ASL entro il 1° settembre 2017

Io sottoscritto/a dichiaro inoltre che qualsiasi comunicazione relativa alla presente richiesta potrà essere inviata ai seguenti recapiti:

[] indirizzo **e-mail** _____

[] indirizzo di posta elettronica certificata - PEC _____

Elenco allegati

[] attestazione ISEE

[] DSU

[] documento d'identità valido

[] copia della certificazione attestante lo stato di disabilità/invalidità

[] altro _____

Castellana Grotte, _____ Firma _____

Per chiarimenti e informazioni: Ufficio Servizi Sociali

aperto il martedì e il giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e il martedì dalle 16.00 alle 18.00

Tel. 080 4900202 - e-mail: servizi sociali@comune.castellanagrotte.ba.it

Modalità di consegna:

- presso l'ufficio Protocollo – Via Marconi, 9 – aperto al pubblico da **lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 12.00, il martedì anche dalle 16.00 alle 18:00;**
- per posta raccomandata A/R a: Comune di Castellana Grotte; Ufficio Protocollo – Via Marconi, 9 - 70013 Castellana Grotte (BA); in tal caso fa fede la data di arrivo
- via PEC – posta elettronica certificata a: servizisociali.comune.castellanagrotte@pec.rupar.puglia.it