

**COMUNE DI PAGLIETA**  
**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASILO NIDO COMUNALE**  
**Anno educativo 2018/2019**

Spazio riservato al Protocollo

Al Comune di **PAGLIETA**  
 Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a

<b>NOME</b>		<b>COGNOME</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>			<b>DATA</b>
<b>INDIRIZZO</b>			<b>N° CIVICO</b>
<b>C.A.P.</b>	<b>CITTA'</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>Codice fiscale del richiedente:</b>			
<b>In qualità di genitore di:</b>			
<b>NOME</b>		<b>COGNOME</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>			<b>DATA</b>
<b>Codice fiscale del bambino:</b>			

**CHIEDE**

l'ammissione del proprio figlio/a al servizio di asilo nido comunale – anno educativo 2018/2019.

A tale scopo **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (barrare le voci che interessano):

<input type="checkbox"/> <b>1</b> Il bambino è orfano di uno dei genitori o di entrambi i genitori
<input type="checkbox"/> <b>2</b> i genitori sono legalmente separati.
<input type="checkbox"/> <b>3</b> i genitori sono divorziati.
<input type="checkbox"/> <b>4</b> Il bambino è stato riconosciuto da uno solo dei genitori
<input type="checkbox"/> <b>5</b> i genitori non sono coniugati e con sentenza sono stabiliti assegni di mantenimento al figlio.
<input type="checkbox"/> <b>6</b> i genitori sono coniugati.
<input type="checkbox"/> <b>7</b> i genitori non sono coniugati e il bambino è fiscalmente a carico d'entrambi.
<input type="checkbox"/> <b>8</b> i genitori non sono coniugati e il bambino è fiscalmente a carico solo del genitore con cui vive.
<input type="checkbox"/> <b>9</b> I genitori sono entrambi lavoratori
<i>Per i casi <input type="checkbox"/> <b>6</b>, <input type="checkbox"/> <b>7</b> e <input type="checkbox"/> <b>8</b> indicare le generalità dell'altro genitore</i>
<i>Cognome e nome</i>
<i>Codice fiscale</i>
<i>Città di residenza</i>

**PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI ALTRI MINORI**

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>CITTÀ DI RESIDENZA</b>

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>CITTÀ DI RESIDENZA</b>

**il bambino è affetto da disabilità,**

presentare un certificato medico o relazione sociale attestante la patologia e il consenso al trattamento dei dati sensibili.

**un familiare anziano necessita di assistenza continua,**

presentare un certificato medico o relazione sociale attestante la patologia e il consenso al trattamento dei dati sensibili in essi contenuti ai fini della determinazione del punteggio che il Comune attribuirà alla presente domanda.

### TIPOLOGIA DI FREQUENZA

**TEMPO PIENO**

**PART TIME**

**N.B.: EVENTUALI VARIAZIONI ALLA TIPOLOGIA DI FREQUENZA, AI FINI DEL COMPUTO DELLA TARIFFA, VANNO COMUNICATE PER ISCRITTO E CON CONGRUO ANTICIPO**

### ATTIVITÀ LAVORATIVA DEI GENITORI

	<b>DELLA MADRE</b>	<b>DEL PADRE</b>
Professione attualmente svolta:		
Nome della ditta o dell'ente:		
Località dove si svolge il lavoro:		
Orario settimanale (specificare se tempo pieno o part time):		

### VACCINAZIONI

**DICHIARO che il bambino per il quale chiedo l'inserimento**

verrà sottoposto a tutte le vaccinazioni obbligatorie per legge.

non verrà sottoposto ad alcune vaccinazioni obbligatorie e quindi dichiaro:

- 1) di essere consapevole dei danni che potrebbe cagionare alla salute di mio figlio la mancata somministrazione di una o più vaccinazioni obbligatorie per legge;
- 2) di essere consapevole che, qualora mio figlio contraesse una delle malattie per le quali vige l'obbligo di vaccinazione, la responsabilità sarà esclusivamente della mancata vaccinazione, pertanto nessuna responsabilità potrà essere addebitata al Comune.

### ALLEGA

attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare;

fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

altro (specificare): .....

**DICHIARO che quanto riportato nella presente domanda è documentabile.**

Luogo e data .....

**Firma**

.....

**Formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili**

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente e specificatamente nei "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute".

Nome e Cognome .....

Luogo e data .....

.....  
Firma leggibile

**ANNOTAZIONI ALLA DOMANDA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....