



COMUNE DI ADRIA

SERVIZI SOCIO  
ASSISTENZIALI

SPORTELLO  
SOLIDARIETA' SOCIALE

Spazio riservato al Protocollo

## MODELLO B

### Domanda di iscrizione (prima ammissione) ASILO NIDO "MAGICABULA"

(COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

<b>&gt;GENITORE CHE EFFETTUERÀ PAGAMENTO DELLE RETTE&lt;</b> (PER BONUS ASILO NIDO O DETRAZIONE FISCALE)					
<b>IL SOTTOSCRITTO:</b>					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
RESIDENZA NEL COMUNE DI ADRIA <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> NON RESIDENTE					
Indirizzo		Civico	Comune	Provincia	CAP
Telefono fisso/cellulare		Posta elettronica ordinaria o certificata			

**CHIEDE** l'iscrizione all'asilo nido comunale per l' **ANNO EDUCATIVO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>del minore:</b>					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
<b>Frequenza</b>					
<input type="checkbox"/>	tempo pieno	<input type="checkbox"/>	tempo parziale mattino	<input type="checkbox"/>	tempo parziale pomeriggio

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dell'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 dell'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti.

**DICHIARA**



# 1) AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO FAMILIARE

Indicare i componenti del nucleo familiare (compreso figlio/a da iscrivere):

<input type="checkbox"/> <b>Componente 1 (GENITORE DICHIARANTE)</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Grado di parentela	Professione	

## STATO CIVILE

Coniugato/Unione Civile     Celibe/Nubile     Vedovo/a  
 Legalmente Separato     Legalmente Divorziato     Genitore Unico (figlio non riconosciuto da altro genitore)

<input type="checkbox"/> <b>Componente 2</b>			<input type="radio"/> barrare se fratello/sorella già frequentante
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Grado di parentela	Professione		

<input type="checkbox"/> <b>Componente 3</b>			<input type="radio"/> barrare se fratello/sorella già frequentante
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Grado di parentela	Professione		

<input type="checkbox"/> <b>Componente 4</b>			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Grado di parentela	Professione		

<input type="checkbox"/> <b>Componente 5</b>			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Grado di parentela	Professione		

<input type="checkbox"/> <b>Componente 6</b>			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Grado di parentela	Professione		

## 2) AUTOCERTIFICAZIONE CONDIZIONI LAVORATIVE

il nucleo familiare presenta le seguenti situazioni che hanno diritto all'attribuzione di punteggio per l'inserimento in graduatoria

Condizione lavorativa della MADRE	
<input type="radio"/> genitore lavoratore	<input type="radio"/> genitore non lavoratore
Orario lavorativo	
<input type="radio"/> Contratto di lavoro SUPERIORE a 35 ORE settimanali	<input type="radio"/> Contratto di lavoro INFERIORE a 35 ORE settimanali
Azienda o ente presso cui lavora	Indirizzo sede di lavoro: indicare l'indirizzo del luogo di lavoro (non la sede amministrativa dell'azienda o dell'ente). In alternativa indicare tipologia di lavoro che necessita di spostamento dal luogo di residenza

Condizione lavorativa del PADRE	
<input type="radio"/> genitore lavoratore	<input type="radio"/> genitore non lavoratore
Orario lavorativo	
<input type="radio"/> Contratto di lavoro SUPERIORE a 35 ORE settimanali	<input type="radio"/> Contratto di lavoro INFERIORE a 35 ORE settimanali
Azienda o ente presso cui lavora	Indirizzo sede di lavoro: indicare l'indirizzo del luogo di lavoro (non la sede amministrativa dell'azienda o dell'ente). In alternativa indicare tipologia di lavoro che necessita di spostamento dal luogo di residenza

Disabilità	
<input type="radio"/>	Dichiaro che il minore è disabile come certificato dalle competenti strutture sanitarie ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104
	<i>*Allegare documentazione di disabilità rilasciata dalle competenti strutture sanitarie*</i>
<input type="radio"/>	Dichiaro che nel nucleo familiare sono presenti persone con disabilità come certificato dalle competenti strutture sanitarie ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104
	<i>*Allegare ISEE che ne certifichi tale condizione</i>

Tariffa agevolata		
<input type="radio"/>	Non richiedo l'accesso a tariffa agevolata in base alle fasce ISEE	
<input type="radio"/>	Comunica le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare	
Importo ISEE	Data di rilascio	Protocollo DSU

<input type="radio"/>	Dichiaro di accettare il regolamento dell'Asilo Nido Comunale e le linee guida operative
Eventuali annotazioni	

### Documenti da ALLEGARE

- Copia fronte retro del documento di identità e della tessera sanitaria
- Copia Libretto Vaccinazioni

Firma Genitore Dichiarante

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_