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. 2016/17

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 ☐ Intera giornata ☐ Tempo prolungato fino alle 17,30 ☐ (Solo nido Grillo)

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) _____ ☐Turn. Nott

Lavoro continuativo fuori sede con rientro: ☐ ogni tre mesi ☐ ogni due o più settimane ☐ settimanale

Pendolare ☐Da 15 a 40 Km ☐Oltre 40 Km
Tipologia di Lavoro:

che la madre si chiama **Cognome** _____ **Nome** _____ ed è nata a _____
il _____ C.F _____
Professione _____ Sede di lavoro _____ Orario (settimanale) _____ ☐Turn. Nott

Lavoro continuativo fuori sede con rientro: ☐ ogni tre mesi ☐ ogni due o più settimane ☐ settimanale

Pendolare ☐Da 15 a 40 Km ☐Oltre 40 Km
Tipologia di Lavoro:

che la famiglia può essere contattata ai seguenti numeri telefonici:

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

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% ☐ Padre da 80% a 100 % ☐
Madre da 40% a 79% ☐ Madre da 80% a 100% ☐

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 2016 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

Dichiaro inoltre di essere informato/a, sui diritti e sui limiti di cui al D.lgs 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., concernente "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'utilizzo ai soli fini istituzionali, dei dati contenuti nel presente modulo e nei documenti allegati.

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:

- 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

- 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