# Al Responsabile

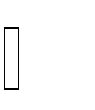
# Area Servizi alla Persona

# Al Responsabile

# Ufficio Servizi Sociali

# Comune di Taormina

**Oggetto: iscrizione Asilo nido comunale *“Fantasia”* - Anno Educativo 2020-21**

 sottoscritt nat il a e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.

C.F.

# CHIEDE

l’ammissione alla frequenza dell’Asilo nido comunale “Fantasia” per l minore

sottoscritt inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n° 445, consapevole che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

# DICHIARA

**SITUAZIONE DI FAMIGLIA**

**IL/LA BAMBINO/A** nat il a in affido



in preadozione o adozione



P.H. (Allegare certificato ASP)



ALTRO:



**PADRE** cognome nome disoccupato, in cerca di occupazione

lavoro autonomo: lavoro dipendente

lavoro stagionale/occasionale/part-time per n° mesi dal al lavoro a tempo determinato dal mese di al mese di



lavoro a tempo indeterminato n° ore settimanali



disagio sul lavoro (notturno, fuori sede, ecc.):



# Datore di Lavoro Orari di Lavoro Luogo di Lavoro (*città*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Particolari situazioni dello stato di salute (Allegare certificazione medica (ASP):



**MADRE** cognome nome

* disoccupato, in cerca di occupazione
* lavoro autonomo: lavoro dipendente

lavoro stagionale/occasionale/part-time per n° mesi dal al lavoro a tempo determinato dal mese di al mese di



lavoro a tempo indeterminato n° ore settimanali



disagio sul lavoro (notturno, fuori sede, ecc.):



# Datore di Lavoro Orari di Lavoro Luogo di Lavoro (*città*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Particolari situazioni dello stato di salute (Allegare certificazione medica ASP):



in stato di gravidanza (allegare certificato medico)



FRATELLI

# Cognome Nome Data di Nascita Scuola e classe frequentata

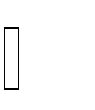
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |

ALTRI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA CONVIVENTE

# Cognome Nome Data di Nascita Relazione di Parentela

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |

Particolari situazioni dello stato di salute (Allegare certificazione medica ASP):



sottoscritt allega alle presente domanda la seguente documentazione:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
2. Attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare
3. Certificato di vaccinazione
4. Fotocopia codice fiscale

5)

sottoscritt , infine, si impegna, in caso di ammissione, ad effettuare in anticipo i versamenti dei contributi tariffari dovuti, accettando le norme per il calendario annuale del servizio dell’asilo nido comunale.

Taormina,

(Data)

(Firma)

*Ai sensi dell’art. 10 della L. 675/1996: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo (TUTELA DELLA PRIVACY)*

*L’Amministrazione Comunale può verificare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive attraverso controlli campione o nei casi in cui vi sia ragionevole dubbio (art. 11 D.P.R. 403/98).*

*Nel caso di dichiarazioni non veritiere, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti (art. 11 D.P.R. 403/98).*

**SCHEDA BAMBINA/O**

# Servizio Asilo nido comunale "FANTASIA" Comune di Taormina (ME)

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME NOME BAMBINO** |  |
| **LUOGO E DATA DI NASCITA** |  |
| **INDIRIZZO, CITTA', CAP** |  |
| **CODICE FISCALE BAMBINO** |  |
| **COGNOME NOME PADRE** |  |
| **LUOGO E DATA DI NASCITA** |  |
| **PROFESSIONE** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **COGNOME NOME MADRE** |  |
| **LUOGO E DATA DI NASCITA** |  |
| **PROFESSIONE** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **COGNOME NOME E TELEFONO PEDIATRA** |  |
| **HA GIA' FREQUENTATO UN NIDO – QUALE?** |  |
| **EVENTUALI INTOLLERANZE ALIMENTARI O PARTICOLARI PATOLOGIE** |  |
| **EVENTUALI PARTICOLARI ESIGENZE ALIMENTARI** |  |
| **SEGNALAZIONI PARTICOLARI** |  |

Informativa ai sensi dell’art. 10 della Legge 675/96. I dati sopra indicati vengono richiesti esclusivamente ai fini della formulazione della graduatoria ed eventuale iscrizione al servizio Asilo nido comunale. I dati personali saranno custoditi dal Comune di Taormina.

Data…………………………. Firma………………………………..