

Amministrazione destinataria

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di iscrizione all'asilo nido**anno scolastico****/****Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

del bambino/a

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

CHIEDE

l'iscrizione all'asilo nido con modulo orario in

- full-time
- part-time

a partire da

Data di inizio frequenza

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

DICHIARA

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela ()
coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine*

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
 il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
 esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro

autonomo
 dipendente a tempo indeterminato
 dipendente a tempo determinato

Dal Al

saltuario o occasionale
 in cerca d'occupazione
 non occupato
 altro (specificare)

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale
 no
 si
 per maternità o allattamento
Dal **Al**
 per nuova maternità o gravidanza
Dal **Al**

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro
 autonomo
 dipendente a tempo indeterminato
 dipendente a tempo determinato
Dal **Al**
 saltuario o occasionale
 in cerca d'occupazione
 non occupato
 altro (specificare)

Qualifica o professione

Presso
Denominazione/Ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale no si per maternità o allattamento

Dal

Al

 per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

 copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

 altri allegati**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

Il dichiarante