



COMUNE DI PRATOLA SERRA AVELLINO

Via G. Picardo n. 31 - Telef. n. 0825/967816 - Fax n. 0825/967815
www.pratolaserra.gov.it

ISCRIZIONE ASILO NIDO DENOMINATO "SPAZIO BAMBINI E BAMBINE" ANNO SCOLASTICO 2018/2019

Al Sig. Sindaco del Comune di
PRATOLA SERRA (AV)
via G. Picardo, 31
83039 PRATOLA SERRA (AV)

Il/la sottoscritt o/a _____
(nome e cognome)

residente a _____ in via _____

tel./cell. _____ Codice Fiscale _____

indirizzo e-mail _____

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 1,2,3 della L.127/98 in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative e consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 26 della L.15/68, in caso di false dichiarazioni,

CHIEDE

(Barrare l'opzione prescelta)

A) l'ammissione per l'anno scolastico 2018/2019 al Nido d'Infanzia a tempo ridotto (orario 08:00/13:00) del figlio/a

B) l'ammissione per l'anno scolastico 2018/2019 al Nido d'Infanzia a tempo pieno (orario 08:00/16:00) del figlio/a

e inoltre (se interessati)

l'ammissione al prolungamento Nido d'Infanzia dalle (16:00 alle 18:30)

Possono accedere a questo servizio i bambini per i quali è stata scelta l'opzione B)

NOME_ figlio/a _____ cognome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____ cap. _____
telefono _____ altri numeri per urgenze _____

DICHIARA:

A) DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE IN MATERIA DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E CHE IL BAMBINO È STATO SOTTOPOSTO AL CICLO DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE:

SI NO

B) PADRE _____ professione _____

presso _____ con sede in _____

via _____ tel. ditta _____

orario settimanale tot. ore _____

- eventuali notizie sulla situazione lavorativa _____

- genitore in situazione di cessazione involontaria del rapporto di lavoro (licenziamento-scadenza contratto) da non oltre sei mesi dalla data di chiusura del bando

SI (• si allega documentazione) NO

Iscritto a graduatoria per il conferimento di incarichi e supplenze nel corso dell'anno Si [] No []

- frequentante: scuola Media Superiore , Corsi Universitari, Scuole dirette a fini speciali, corsi propedeutici, corsi di specializzazione professionale o medico tirocinante

(• si allega attestato di iscrizione e/o frequenza)

C) MADRE _____ professione _____

presso _____ con sede in _____

via _____ tel. ditta _____

orario giornaliero _____

totale ore settimanali _____

- eventuali notizie sulla situazione lavorativa _____

-- genitore in situazione di cessazione involontaria del rapporto di lavoro (licenziamento-scadenza contratto) da non oltre sei mesi dalla data di chiusura del bando

SI (• si allega documentazione datore di lavoro) NO

Iscritto a graduatoria per il conferimento di incarichi e supplenze nel corso dell'anno Si [] No []

- frequentante: scuola Media Superiore , Corsi Universitari, Scuole dirette a fini speciali, corsi propedeutici, corsi di specializzazione professionale o medico tirocinante

(• si allega attestato di iscrizione e/o frequenza)

D) altri figli in età 0/3 anni SI NO

Nome e cognome: _____ nato il _____

Nome e cognome: _____ nato il _____

altri figli in età 3/5 anni SI NO

Nome e cognome: _____ nato il _____

Nome e cognome: _____ nato il _____

altri figli in età 6/18 anni SI NO

Nome e cognome: _____ nato il _____

Nome e cognome: _____ nato il _____

n.b. occorre fare riferimento all'età dei figli al 30 settembre 2017

E) TOTALE COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE: n°

G) Genitore o fratello convivente in condizioni di infermità 100% (documento di invalidità totale rilasciato dalla Commissione Invalidi) :

SI (• si allega documento dell'ASL) NO

Nome e cognome: _____ nato il _____

Bambini che presentano minorazioni fisiche e/o psichiche – sensoriali (certificati dall'autorità sanitaria competente A.S.L) SI [] No []

Nome e cognome: _____ nato il _____

Decesso di uno dei 2 genitori.- SI [] NO []

Genitore carcerato SI [] NO []

H) Presenza di un solo genitore per separazione legale o divorzio SI [] NO []

Genitore emigrato all'estero con assenza permanente	SI [] NO []
Nucleo Mono genitoriale (con attestazione tribunale, assistente sociale ecc)	SI [] NO []
Caso di minore riconosciuto da un solo genitore	SI [] NO []
Familiare convivente in condizione di grave infermità (documento di invalidità totale rilasciato da Commissione Invalidi) tale da richiedere assistenza e cure continue che non fruisca di assistenza domiciliare o presso Servizio Sanitario (documentato dall'ASL)	SI [] NO []
I) Minore in affidamento, anche pre adottivo	SI [] NO []

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEI NON RESIDENTI

Numero genitori con occupazione stabile nel Comune di Pratola Serra (AV) 0 [] 1 [] 2 []

Il sottoscritto dichiara:

- di accettare e rispettare tutte le norme vigenti che disciplinano il funzionamento del Nido d'Infanzia;
- di aver preso visione dei criteri di assegnazione del punteggio ai fini della graduatoria;
- di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione, laddove sussistano ragionevoli dubbi o comunque anche a campione;

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE
(o di chi esercita la patria potestà)

- Allegati:
1. autocertificazione di famiglia
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Genitore emigrato all'estero con assenza permanente	SI [] NO []
Nucleo Mono genitoriale (con attestazione tribunale, assistente sociale ecc)	SI [] NO []
Caso di minore riconosciuto da un solo genitore	SI [] NO []
Familiare convivente in condizione di grave infermità (documento di invalidità totale rilasciato da Commissione Invalidi) tale da richiedere assistenza e cure continue che non fruisca di assistenza domiciliare o presso Servizio Sanitario (documentato dall'ASL)	SI [] NO []
D) Minore in affidamento, anche pre adottivo	SI [] NO []

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEI NON RESIDENTI

Numero genitori con occupazione stabile nel Comune di Pratola Serra (AV) 0 [] 1 [] 2 []

Il sottoscritto dichiara:

- di accettare e rispettare tutte le norme vigenti che disciplinano il funzionamento del Nido d'Infanzia;
- di aver preso visione dei criteri di assegnazione del punteggio ai fini della graduatoria;
- di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione, laddove sussistano ragionevoli dubbi o comunque anche a campione;

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE
(o di chi esercita la patria potestà)

- Allegati:
1. autocertificazione di famiglia
 2. _____
 3. _____
 4. _____

AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO DI FAMIGLIA

(Art. 46 – lettera f) D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a in _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____ Tel. _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n° 445/2000

DICHIARA

Che la propria famiglia residente in _____ (Comune) _____ (Provincia)

via/piazza _____ (indirizzo e numero civico) è così composta:

1) il/la dichiarante

2) _____ (cognome) _____ (nome) _____ (nato/a in) _____ (il) _____ (parentela col dichiarante)

3) _____ (cognome) _____ (nome) _____ (nato/a in) _____ (il) _____ (parentela col dichiarante)

4) _____ (cognome) _____ (nome) _____ (nato/a in) _____ (il) _____ (parentela col dichiarante)

5) _____ (cognome) _____ (nome) _____ (nato/a in) _____ (il) _____ (parentela col dichiarante)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

Data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile) (1)

(1) La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato

Art. 74 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n° 4