



# COMUNE DI PRATOLA SERRA AVELLINO

Via G. Picardo n. 31 - Telef. n. 0825/967816 - Fax n. 0825/967815  
[www.pratolaserra.gov.it](http://www.pratolaserra.gov.it)

---

## ISCRIZIONE ASILO NIDO DENOMINATO "SPAZIO BAMBINI E BAMBINE" ANNO SCOLASTICO 2017/2018

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 2017/2018 al Nido d'Infanzia a tempo ridotto (orario 08:00/13:00) del figlio/a

B) l'ammissione per l'anno scolastico 2017/2018 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 2016.

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 [ ]
<b>D) Minore in affidato, anche pre adottivo</b>	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