



COMUNE DI PIANEZZA
Settore Servizi alla Persona
Ufficio Politiche sociali

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL MICRONIDO COMUNALE "ROBERTO PERENO" - a.e. 2018/2019

Il sottoscritto _____
in qualità di _____ Cod. Fiscale _____
residente a _____ via _____
tel. casa _____ cell. _____
e mail _____

CHIEDE CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
C.F. _____

SIA AMMESSO/A A FREQUENTARE IL MICRONIDO COMUNALE "ROBERTO PERENO"
con frequenza

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPO PIENO (7,30/9 - 16,30)	TEMPO PARZIALE mattino (7,30/9 - 13/14)	TEMPO PARZIALE pomeriggio (12,30 - 18,30)

E AD USUFRUIRE DEL

TEMPO PIENO PROLUNGATO (dalle ore 16.30 alle ore 18.30)

DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare cambi di residenza o di recapito
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.
- di essere consapevole che il Comune attuerà i controlli previsti dalla normativa vigente in materia di dichiarazioni sostitutive, volti a verificare la veridicità di quanto dichiarato.
- di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle attività e per l'assolvimento degli obblighi di legge previsti in materia.

1 - DATI GENITORI

<p>PADRE DEL BAMBINO/A cognome/nome _____</p> <p>nato il _____ a _____ codice fiscale _____</p> <p><input type="checkbox"/> persona con invalidità superiore al 66% <i>(allegare la relativa certificazione)</i></p> <p><u>Condizione lavorativa</u></p> <p><input type="checkbox"/> DIPENDENTE O PARASUBORDINATO presso _____ in _____ dirizzo _____ città _____ tel. _____</p> <p>tipologia di lavoro: <input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato <input type="checkbox"/> ore di lavoro settimanali _____ <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time</p> <p><input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA professione _____ iscrizione albo n. _____ ore di lavoro settimanali _____ tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> COMMERCIANTE/ARTIGIANO/AUTONOMO tipo attività _____ iscrizione CCIAA _____ P. IVA _____ ore di lavoro settimanali _____ tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> DISOCCUPATO iscritto al Centro per l'Impiego di _____</p> <p><input type="checkbox"/> STUDENTE (corso annuale) presso _____</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO _____ _____</p>	<p>MADRE DEL BAMBINO/A cognome/nome _____</p> <p>nato il _____ a _____ codice fiscale _____</p> <p><input type="checkbox"/> persona con invalidità superiore al 66% <i>(allegare la relativa certificazione)</i></p> <p><u>Condizione lavorativa</u></p> <p><input type="checkbox"/> DIPENDENTE O PARASUBORDINATO presso _____ in _____ dirizzo _____ città _____ tel. _____</p> <p>tipologia di lavoro: <input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> tempo determinato <input type="checkbox"/> ore di lavoro settimanali _____ <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time</p> <p><input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA professione _____ iscrizione albo n. _____ ore di lavoro settimanali _____ tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> COMMERCIANTE/ARTIGIANO/AUTONOMO tipo attività _____ iscrizione CCIAA _____ P. IVA _____ ore di lavoro settimanali _____ tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> DISOCCUPATO iscritto al Centro per l'Impiego di _____</p> <p><input type="checkbox"/> STUDENTE (corso annuale) presso _____</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO _____ _____</p>
--	--

GENITORE SOLO

Il dichiarante è genitore solo in quanto:

- è vedovo/a
- è coniugato ma con diversa residenza
- è nubile/ celibe e non coabita con l'altro genitore del bambino/a (*anche in caso di diversa residenza dei due Genitori, il Comune avvierà specifici accertamenti per la verifica della situazione di effettiva non coabitazione degli stessi*)
- è divorziata/o dal genitore del/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____) e non coabita con tale genitore e non è riconiugata/o
- è legalmente separata/o dal genitore del/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____) e non coabita con tale genitore
- ha presentato istanza di separazione dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione in data _____ al Tribunale di _____ Ruolo generale n° _____, e non coabita con lo stesso.
- è l'unico genitore ad aver riconosciuto il figlio

2 - ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (non indicati nelle precedenti sezioni)

Cognome	Nome
Nato a	il
Grado di parentela con il bambino	

Cognome	Nome
Nato a	il
Grado di parentela con il bambino	

Cognome	Nome
Nato a	il
Grado di parentela con il bambino	

Cognome	Nome
Nato a	il
Grado di parentela con il bambino	

Cognome	Nome
Nato a	il
Grado di parentela con il bambino	

3 - ALTRI DATI PER ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO

- il bambino per il quale viene richiesta l'iscrizione è in condizione di disabilità certificata (**allegare la relativa certificazione**)
- il bambino per il quale viene richiesta l'iscrizione ha particolari e comprovati problemi di ordine sociale e familiare (**allegare la relativa certificazione**)
- il bambino per il quale viene richiesta l'iscrizione ha particolari e comprovati problemi di sanitario e psicologico (**allegare la relativa certificazione**)
- fratello o sorella appartenente allo stesso nucleo familiare con invalidità superiore al 66% (**allegare la relativa certificazione**)

4- QUOTE DI FREQUENZA

- DICHIARO** di accettare la tariffa piena; (*oppure*)
- RICHIEDO** la riduzione tariffaria ed a tal fine **DICHIARO**:
 1. che dal calcolo effettuato dall'Ente (CAF) _____ che ha attestato in data _____ la dichiarazione sostitutiva unica della propria famiglia, risulta un ISEE di €. _____;
 2. che **TUTTI** i componenti della propria famiglia al momento di presentazione della richiesta:
 - A.** sono proprietari esclusivamente dell'abitazione principale e relativo box di appartenenza di categoria catastale A2, A3, A4, A5, A6 e A7, non sono proprietari o usufruttuari di altri immobili per una quota di rendita catastale rivalutata superiore a €. 15.000,00. Sono a conoscenza che la nuda proprietà di un immobile non comporta l'esclusione dall'ottenimento di prestazioni sociali agevolate.
 - B.** non sono proprietari/possessori o con disponibilità non occasionale di un autoveicolo di cilindrata superiore a 1.900 cc. alimentato a diesel o a 1.800 cc. per ogni altro tipo di alimentazione, immatricolato negli ultimi 5 anni, o di un camper. Fanno eccezione gli autocarri ad esclusivo uso lavorativo.
(Il requisito di non essere proprietario/possessore o di avere la disponibilità non occasionale di un autoveicolo di cilindrata superiore a 1.900 cc. alimentato a diesel, o a 1.800 cc. per ogni altro tipo di alimentazione e immatricolato negli ultimi 5 anni, non si applica ai nuclei familiari composti da genitore/genitori e tre o più figli che utilizzano contemporaneamente i servizi e nel caso di certificazione relativa alla presenza di patologie mediche riferite a componenti del nucleo familiare tali da dover prevedere l'utilizzo di un mezzo attrezzato).

Data _____

Firma del/la dichiarante
(***Allegare copia documento d'identità***) *

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI:

1. elenco delle vaccinazioni effettuate
2. eventuali certificazioni sanitarie attestanti lo stato generale di salute;
3. eventuali certificati medici attestanti lo stato di disabilità ai sensi della legge 104/1992;
4. eventuale copia degli atti giudiziari attestanti i diritti dei singoli genitori sui bambini per i genitori separati a tutela loro e dei minori.