

GESTIONE ASSOCIATA DEL SERVIZIO DI ASILO NIDO E CENTRO GIOCO EDUCATIVO “ LA GIOSTRA DEI COLORI “

DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. 2015/2016

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____ presa visione del Regolamento di gestione, dei criteri per l'attribuzione del punteggio per l'accesso alla struttura, delle modalità di ammissione dei bambini all'asilo nido e centro gioco educativo “ La Giostra dei Colori “ sito nel Comune di San Romano in Garfagnana nonché del costo del servizio stesso

CHIEDE

L'iscrizione del proprio figlio/a _____ nato/a a _____ il _____, residente a _____ in Via _____ n. ____ Cap. _____ telefono n° _____ alla suddetta struttura, scegliendo il seguente tipo di servizio (barrare con una X la voce che interessa) :

1. dalle ore 7,30 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì
(retta mensile residente Comune San Romano in Garfagnana euro 350,00 / retta mensile non residente euro 400,00)
 - con mensa (buono pasto a partire dai 12 mesi compiuti euro 3,80)
 - senza mensa

2. dalle ore 7,30 alle ore 14,00
e/o dalle ore 11,30 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì
(retta mensile residente Comune San Romano in Garfagnana euro 250,00 / retta mensile non residente euro 320,00)
 - con mensa
 - senza mensa

3. dalle ore 13,00 alle ore 18,00
(retta mensile residente Comune San Romano in Garfagnana euro 200,00 / retta mensile non residente euro 250,00)

A tal fine alla presente domanda allega la seguente documentazione:

- autocertificazione relativa allo stato di famiglia e condizione lavorativa dei genitori (modello 1)

Si impegna altresì, nel momento in cui il figlio/a verrà inserito/a nella struttura, a presentare autocertificazione relativa alle vaccinazioni obbligatorie a cui è stato/a sottoposto/a

_____, li _____

(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

**INFORMATIVA AI SENSI DEL “ CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI
PERSONALI “ D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003**

Il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (“ Codice in materia di protezione dei dati personali “) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni :

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo.
2. Il trattamento sarà effettuato tramite la registrazione in banche dati informatizzate.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire le rilevazioni previste dalla Legge Regionale n. 32 , dai regolamenti FSE e per la formazione della graduatoria dei bambini da inserire nell’asilo nido e centro gioco educativo “ LA GIOSTRA DEI COLORI “ . L’eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà la mancata prosecuzione del rapporto.
4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, che non siano quelli istituzionali previsti dalla normativa di settore né saranno oggetto di diffusione a scopi pubblicitari o con altre finalità diverse dalle elaborazioni previste dalla normativa.
5. Il titolare del trattamento è il Comune di San Romano in Garfagnana – Via Roma n. 9 .
6. L’interessato ha il diritto di conoscere, rettificare ed integrare i propri dati personali, nonché di esercitare gli altri diritti previsti dal D. L.196/2003.

San Romano in Garfagnana, lì _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(DPR 28.12.2000 N. 445).

Il sottoscritto/a _____

Codice Fiscale n. _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

- 1) – di essere nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
- 2) – di essere residente nel Comune di _____ via/piazza _____
_____ n. _____ quartiere _____
- 3) – di essere cittadino/a _____
- 4) – di essere (indicare lo stato civile) : _____
- 5) – che il nucleo familiare convivente si compone, oltre al sottoscritto, di (indicare nome, cognome, luogo e data di nascita dei singoli componenti la famiglia ed il rapporto di parentela con il dichiarante come da risultanze anagrafiche) :
 - 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____
 - 4) _____
 - 5) _____

Situazioni particolari (specificare eventuale diversa residenza di un genitore, non separato o divorziato, e di eventuali altri figli) :

6) – ai fini dell'assegnazione del punteggio per il nucleo familiare il sottoscritto/a dichiara che :

- i genitori del bambino/a sono separati legalmente
- i genitori del bambino/a sono separati di fatto(*)
- il bambino/a è riconosciuto da un solo genitore
- il bambino/a è orfano
- altro

(*) Si intende situazione analoga a separazione legale o divorzio con affidamento di fatto del bambino a uno dei genitori. In ogni caso la condizione di separati di fatto non può essere dichiarata se i genitori del bambino risultano nello stesso nucleo anagrafico.

7) – che **la condizione di lavoro** dei genitori del bambino/a è la seguente :

PADRE

Età (anni)

Titolo di studio _____

OCCUPATO
A tempo indeterminato

Lavoratore dipendente – qualifica _____

Ditta/Ente _____ Via _____

Telefono _____

Orario di lavoro _____

tempo pieno

part-time

assente per lavoro fuori
regione tutta la
settimana
(notti comprese)

Lavoratore autonomo (specificare settore di attività)

Artigiano _____

Commerciante _____

Libero Professionista _____

Altro : _____

Partita IVA n. _____

Iscrizione Albo _____ n. _____

Iscrizione Camera Commercio n. _____

Orario di lavoro _____

LAVORATORE CON CONTRATTO A TERMINE IN CORSO
O CON CONTRATTO A TERMINE RISOLTO NELL'ULTIMO ANNO

gg. lavorati nell'ultimo anno n. _____ presso _____

contratto in corso dal _____ al _____ presso _____

LAVORATORE AUTONOMO OCCASIONALE

DISOCCUPATO dal _____

STUDENTE Indicare Istituto o facoltà : _____

Altro _____

MADRE

Età (anni)

Titolo di studio _____

OCCUPATA
A tempo indeterminato

Lavoratrice dipendente – qualifica _____

Ditta/Ente _____ Via _____

tempo pieno

Telefono _____

part-time

Orario di lavoro _____

assente per lavoro fuori
regione tutta la
settimana
(notti comprese)

Lavoratrice autonoma (specificare settore di attività)

Artigiana _____

Commerciante _____

Libera Professionista _____

Altro : _____

Partita IVA n. _____

Iscrizione Albo _____ n. _____

Iscrizione Camera Commercio n. _____

Orario di lavoro _____

LAVORATRICE CON CONTRATTO A TERMINE IN CORSO
O CON CONTRATTO A TERMINE RISOLTO NELL'ULTIMO ANNO

gg. lavorati nell'ultimo anno n. _____ presso _____

contratto in corso dal _____ al _____ presso _____

LAVORATRICE AUTONOMA OCCASIONALE

DISOCCUPATA dal _____

STUDENTESSA Indicare Istituto o facoltà : _____

Altro _____

8) – Problemi riguardanti il bambino, i genitori, altri figli e le condizioni di inidoneità dell'alloggio. Il sottoscritto allega alla domanda le seguente documentazione sanitaria e/o sociale :

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare eventuali modifiche della situazione economica d anagrafica che potrebbero interessare il proprio nucleo familiare rispetto a quanto sopra dichiarato.

Dichiara inoltre :

- **di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445 .**
- **di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 DPR 28.12.2000 n. 445 .**

_____, lì _____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

V° l'incaricato : _____

AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

 I sottoscritt_ _____
a conoscenza che "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci.....omissis.....è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (art. 76 c.1 D.P.R 445 28.12.2000)

DICHIARA

Che su_ figli_ _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ è stato
sottoposto alle seguenti vaccinazioni obbligatorie:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INDICARE C/O QUALE ASL SONO STATE EFFETTUATE LE VACCINAZIONI

Dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere I sottoscritt_ decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presente dichiarazione come previsto dall'art.75 D.P.R. 445 28.12.2000; che il Comune di San Romano in Garfagnana può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri alla Pubblica Amministrazione (D.L. 196/2003)

Firma _____