

Spett. le
Comune di Contigliano
Settore IV
Via del Municipio 3
02043 – Contigliano (RI)

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: INVITO A MANIFESTARE INTERESSE PER L' ISCRIZIONE DEI PROPRI FIGLI PRESSO IL NUOVO ASILO NIDO COMUNALE DI CONTIGLIANO, IN PIAZZALE DEGLI EROI N.5

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....(..) il..... e residente
in.....(....) via/piazzan. ... c.a.p. CF..... Tel.
_____, portatile _____ email _____ in
qualità di #padre #madre

e

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....(..) il..... e residente
in.....(....) via/piazzan. ... c.a.p. CF..... Tel.
_____, portatile _____ email _____ in
qualità di #padre #madre

CHIEDE/CHIEDONO

di manifestare il proprio interesse per quanto in oggetto, per il/la figlio/a i/le figli/e

	Cognome	Nome	Residenza	Data di nascita
1				
2				
3				

per l'iscrizione al servizio:

(Barrare con una X la casella della struttura scelta – è consentita una sola scelta per figlio/a).

Asilo Nido Tempo Pieno per il proprio figlio/a _____

Asilo Nido Tempo Parziale per il proprio figlio/a _____

Asilo Nido Tempo Parziale per il proprio figlio/a _____

Ai fini della compilazione della domanda:

DICHIARA/DICHIARANO

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con la espressa consapevolezza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del medesimo DPR, rispettivamente sulle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Di essere residenti nel Comune di _____;

CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE *(Barrare con una X la casella della scelta)*

- MINORE (PER IL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE) CON DISABILITÀ' SI

Se è SI indicare il grado e la diagnosi ed allegare certificazione INPS ex L.104/92 _____

- FAMIGLIA MONOGENITORIALE

- figlio/i minore/i riconosciuto/i da un solo genitore
 figlio/i minore/i riconosciuto/i minore riconosciuto da entrambi i genitori ma con un genitore non presente
(esempio: detenuto – residente in altra regione – convivente)
 coppia legalmente separata o divorziata – assenza di legami stabili
 altro, specificare _____

- COPPIA GENITORIALE CONVIVENTE

NUMERO DEI FIGLI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

- altro figlio di età fino a 3 anni *(escluso il minore per cui si presenta la domanda)*
 figlio da 3 (più 1 giorno) a 6 anni
 figlio da 6 (più 1 giorno) a 13 anni
 figlio da 13 (più 1 giorno) a 16 anni

- CONDIZIONI DI INVALIDITÀ' PRESENTE NEL NUCLEO FAMILIARE

Padre, madre, fratello o sorella del minore invalidi:

- Invalidità inferiore al 75%
- Invalidità tra il 75% al 99%
- Invalidità pari al 100%

PRESENZA DI SUPPORTO DELLA RETE FAMILIARE (Nonni – parenti ecc.)

NUCLEO FAMILIARE CHE PROVVEDE ALLA CURA DI UN ANZIANO E/O DISABILE NON AUTOSUFFICIENTE CONVIVENTE

ALTRO DI SIGNIFICATIVO ALLA VALUTAZIONE _____

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI (PADRE/MADRE) (*Barrare con una X la casella della scelta*)

Padre: luogo di lavoro _____ **orario di lavoro:** _____

Contratto di lavoro dipendente

Orario inferiore o uguale a 20 ore settimanali

Orario da 21 a 30 ore settimanali

Oltre 31 ore settimanali

TITOLARE DI IMPRESA Titolare di impresa

COLLABORATORE/COADIUVANTE DEL CONIUGE/COLLABORATORE IN IMPRESA FAMILIARE

GENITORE STUDENTE (*Sono ricomprese tutte le forme di formazione professionale - tirocinio e praticantato retribuito e non retribuite*)

Corso annuale con obbligo di frequenza

Corso annuale senza obbligo di frequenza

Corso di durata pari o superiore a 6 mesi e inferiore all'anno

altro, specificare

Madre: luogo di lavoro _____ **orario di lavoro:** _____

Contratto di lavoro dipendente

Orario inferiore o uguale a 20 ore settimanali

Orario da 21 a 30 ore settimanali

Oltre 31 ore settimanali

TITOLARE DI IMPRESA Titolare di impresa

COLLABORATORE/COADIUVANTE DEL CONIUGE/COLLABORATORE IN IMPRESA FAMILIARE

GENITORE STUDENTE *(Sono ricomprese tutte le forme di formazione professionale - tirocinio e praticantato retribuito e non retribuite)*

- Corso annuale con obbligo di frequenza
- Corso annuale senza obbligo di frequenza
- Corso di durata pari o superiore a 6 mesi e inferiore all'anno
- altro, specificare

ENTRAMBI I GENITORI INOCCUPATI O DISOCCUPATI

UN GENITORE INOCCUPATO O DISOCCUPATO

Il/la/I sottoscritto/a/i, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo,

DICHIARA/NO

- Che il/i bambino/a/i per il quale si chiede l'iscrizione al servizio indicato è in regola con gli obblighi vaccinali;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni false;

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni:

- autorizza il Comune di Contigliano a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

- esonera il Comune di Contigliano da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare al servizio sociale del Comune di residenza ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, art. 13

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 Le forniamo le seguenti indicazioni: i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione; il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse; titolare del trattamento è il Comune di Contigliano; Responsabile del trattamento è il Responsabile dei Servizi Sociali. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003

Allega:

- fotocopia del documento d'identità;

- per i cittadini stranieri copia del permesso o carta di soggiorno ai sensi degli artt. 5 e 7 della L. n°40/1998;
- certificazione vaccinale (anche sotto forma di autocertificazione);
- certificazione attestante la disabilità del bambino ____;
- certificazione sanitaria del genitore in grave condizione clinica o infermità grave o cronica che evidenzi la limitazione del rapporto con il bambino.
- Altro di utile ai fini della valutazione: _____.

_____, li ____ / ____ / _____

In fede

Il padre (o chi ne fa le veci)

La madre (o chi ne fa le veci)

L'Amministrazione procederà a contattare coloro che abbiano manifestato l'interesse all'iscrizione per confermare la domanda.