Ambito Territoriale C9
DOMANDA DI ISCRIZIONE
SERVIZI0 MICRO NIDO E LUDOTECA

SERVIZI DI CURA all'infanzia e agli anziani non autosufficienti

MINISTERO DELL'INTERNO

AL SERVIZIO SOCIALE

DEL COMUNE DI _____

_l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____(_____) il __/__/_____ e residente in_____(____) via/piazza _____ n. ___c.a.p. _____ tel. abitazione _____ tel. lavoro_____

cellulare _____

altro recapito telefonico _____

in qualità di _____

CHIEDE

l'iscrizione del___ bambin__ _____ nat__ a _____ (___) il ___/___/_____, al servizio

(Barrare con una X la casella della struttura scelta – è consentita una sola scelta).
|___| Micro Nido d'infanzia di Sparanise (15 Posti semidivessi e divezzi);
|___| Micro Nido d'infanzia di Camigliano (16 Posti semidivessi e divezzi);
|___| **L**udoteca per la prima infanzia (dai 6 mesi 3 anni) ubicata nel Comune di Capua (24 Posti);
|___| Ludoteca per la prima infanzia (dai 6 mesi 3 anni) ubicata nel Comune di Pignataro Maggiore (16 posti);
|___| Ludoteca per la prima infanzia (dai 6 mesi 3 anni) ubicata nel Comune di Sparanise (16 posti);

__l__ sottoscritt__ si impegna a versare, in via anticipata, entro il giorno 5 di ogni mese, la retta mensile di compartecipazione prevista per la frequenza. Il pagamento secondo le modalità che saranno comunicate.
E' obbligatoria l'indicazione della seguente causale:
"Ambito C09, *servizio e ubicazione, nome e cognome del/i bambino/i, mese di riferimento"*
Ai fini della compilazione della graduatoria di ammissione:

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art.11, comma 3 del D.P.R. 403/98, quanto segue:
(barrare le caselle che interessano)

CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE *(Barrare con una X la casella della scelta)*
|___| MINORE (PER IL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE) CON DISABILITA'
Se è si indicare il grado e la diagnosi: _____

|___| 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 CONIUGATA O CONVIVENTE senza problematiche di coppia e genitoriali

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 INVALIDITA' 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%

|___| NUCLEO FAMILIARE SPROVVISTO DI SUPPORTO DELLA RETE FAMILIARE (Nonni – parenti ecc.)

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

|___| ALTRO DI SIGNIFICATIVO ALLA VALUTAZIONE _____

_____

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI (PADRE/MADRE)

Padre - Contratto di lavoro dipendente
|___| Orario inferiore o uguale a 20 ore settimanali
|___| Orario da 21 a 30 ore settimanali
|___| Oltre 31 ore settimanali
Madre - Contratto di lavoro dipendente
|___| Orario inferiore o uguale a 20 ore settimanali
|___| Orario da 21 a 30 ore settimanali
|___| Oltre 31 ore settimanali

|___| TOTOLARE 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

|___| GENITORI INOCCUPATI O DISOCCUPATI

VALORE DELL'ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE (*Allegare attestazione ISEE in corso di validità):*
_____

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

DICHIARA

- Che il bambino/a per il quale si chiede l'iscrizione al servizio indicato è in regola con gli obblighi vaccinali;
- di aver preso piena conoscenza e di accettare tutte le norme e condizioni stabilite nel vigente Regolamento di Ambito dei Servizi socio-educativi per la prima infanzia e, a tutti i fini dell'iscrizione al servizio prescelto, si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune/Ufficio di Piano ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- 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 e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni, autorizza il Comune/AmbitoC05/ufficio di piano 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/ Ambito Territoriale 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 formiamo 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 Sparanise; 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 gli 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);
- I.S.E.E. in corso di validità, rilasciato da organismo autorizzato;
- certificazione attestante la disabilità del bambino: _____, se del caso ;
- certificazione sanitaria del genitore in particolare e grave condizione di salute o infermità grave o cronica che evidenzia la limitazione del rapporto con il bambino.
- Altro di utile ai fini della valutazione.

_____, lì ____/_____/_____ Firma

_____