



**DOMANDA DI ISCRIZIONE O RICONFERMA ALL 'ASILO NIDO COMUNALE MADIBA DEL COMUNE DI
LOCOROTONDO**

Data di presentazione della domanda ____ / ____ / ____

ANNO EDUCATIVO 2025/2026

DOMANDA DI ISCRIZIONE

DOMANDA DI RICONFERMA

Barrare la casella di interesse

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai fini dell'accoglimento della presente domanda, io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / _____,
genitore del bambino

_____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante perderà i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la mia responsabilità dichiaro quanto segue:

DATI DEL BAMBINO

Cognome

Nome

Nato a _____ **il** _____

Residente a

Via

telefono n. cellulare



Lavoratore (dipendente o autonomo) _____

Professione _____ presso _____

Indirizzo _____ città _____

- full time
- part – time
- superiore 50%
- inferiore 50%
- lavori occasionali, supplenze
- lavoro fuori sede con assenze prolungate dal nucleo familiare
- disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego di _____ dal _____
- studente (non occupato) presso _____
- casalingo

Madre del bambino/a

Cognome _____ Nome _____

nata il ____/____/____ a _____ provincia _____

stato _____ stato civile _____ residente a _____ in

via _____ (note _____)

Codice fiscale																		

Lavoratrice (dipendente o autonoma) _____

Professione _____ presso _____

Indirizzo _____ città _____

- full time
- part – time
- superiore 50%
- inferiore 50%
- lavori occasionali, supplenze
- lavoro fuori sede con assenze prolungate dal nucleo familiare
- disoccupata iscritta al Centro per l'Impiego di _____ dal _____
- studentessa (non occupata) presso _____
- casalinga



- Altre notizie della famiglia**
- Situazioni particolari:**
 - il bambino per il quale viene richiesta l'iscrizione al Nido è portatore di handicap (allegare certificazione rilasciata dalla competente Struttura Sanitaria Pubblica)**
 - Presenza di familiari all'interno del nucleo familiare portatori di handicap:**
 - SI (deve essere allegata certificazione rilasciata dalla competente Struttura Sanitaria Pubblica);**
genitore _____ (percentuale di invalidità) _____
altro familiare _____ (percentuale di invalidità) _____
 - NO**
- il nucleo familiare si trova nelle seguenti condizioni:**
 - nucleo familiare seguito dal Servizio Sociale comunale o da altri organismi pubblici competenti (in caso affermativo specificare quali servizi (_____));
 - bambino orfano di uno o entrambi i genitori oppure figli di ragazza madre/ragazzo padre;
 - bambino portatore di handicap certificato e attestato da certificazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica;
 - infermità permanente grave di un genitore attestata da certificazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica;
 - bambino di coppia gemellare o bambino con fratelli/sorelle già frequentanti il nido d'infanzia;
 - bambino con entrambi i genitori o esercenti la responsabilità genitoriale con orario di lavoro a tempo pieno;
 - madre in gravidanza (condizione attestata da certificati rilasciati da competente autorità sanitaria);
 - altre situazioni particolari che non rientrano in quelle precedentemente elencate.

AVVERTENZE:



si ricorda che per ottenere l'applicazione della retta di frequenza agevolata il dichiarante deve obbligatoriamente produrre copia della documentazione ISEE (dichiarazione e attestazione) come sopra indicato, in caso contrario sarà applicata la tariffa massima. Per l'ottenimento del punteggio riservato alle famiglie con portatori di handicap, dovrà essere allegato alla domanda il certificato attestante il grado di invalidità rilasciato dalla commissione medica di prima istanza. Nel caso il bambino iscritto sia portatore di handicap dovrà essere allegata o fatta pervenire quanto prima, obbligatoriamente, la diagnosi funzionale e clinica redatta da competente struttura sanitaria pubblica. Eventuali variazioni dei dati dichiarati nella presente domanda dovranno essere tempestivamente comunicate per iscritto al Comune di Locorotondo – Settore Affari Generali – Ufficio Servizi Sociali, prima della scadenza dell'istanza.

IMPORTANTE:

l'istanza dovrà essere corredata dalla attestazione di regolarità vaccinale.

LEGGE SULLA PRIVACY:

il sottoscritto, ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 e del GDPR 679/2016, autorizza l'uso dei dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati prendendo atto che detti dati: sono oggetto di trattamento (raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione etc.) da parte del personale del Comune di Locorotondo per finalità inerenti la procedura in argomento possono essere comunicati ad ogni altro soggetto che abbia interesse specifico alla procedura ai sensi della Lg. 241/1990 e s.m.i. L'interessato può altresì ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione alla legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Firma
