**DOMANDA D’ISCRIZIONE SEZIONE PRIMAVERA E/O LUDOTECA**

**(Anno 2019/2020)**

**Al Comune di Pozzuoli**

**Prot.** del / / ore ,

Il/la sottoscritto/a

Padre

Madre

Tutore

**CHIEDE**

l'iscrizione dello stesso presso (***barrare la voce che interessa***)

* + **Sezione Primavera**
  + **Ludoteca**

A tal fine il richiedente, ai sensi del D.P.R. 445/00 artt.46 e 47, DICHIARA, sotto la propria responsabilità, che tutte le informazioni e le dichiarazioni fornite nel presente modello sono veritiere e che è consapevole delle sanzioni civili e penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/00).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati del bambino/a** | Cognome e Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato a | | | | il / / | **C.F.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cittadinanza Italiana | **Si** | **No** | se No indicare altra nazionalità: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a Pozzuoli | **Si** | **No** | Indirizzo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati del Padre** | Cognome e Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato a | | | | il / / | **C.F.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cittadinanza Italiana | **Si** | **No** | se No indicare altra nazionalità: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel.casa: | | Tel.mobile: | | | | E-mail: | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati della Madre** | Cognome e Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato a | | | | il / / | **C.F.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cittadinanza Italiana | **Si** | **No** | se No indicare altra nazionalità: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel.casa: | | Tel.mobile: | | | E-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati dell’eventuale Tutore** | Cognome e Nome | | | | | | |
| Nato a | | il / / | Cittadinanza Italiana | **Si** | **No** | Se No indicare nazionalità: |  |

Inoltre **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità quanto segue:

– che il bambino/a è in regola con il programma delle vaccinazioni obbligatorie

**Si**

**No**

(Allega certificazione)

di appartenere alle seguenti **categorie che nell’ordine danno diritto di precedenza** per la formazione

della Graduatoria:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1)** | bambino/a diversamente abile (Indicare estremi Decreto Invalidità L.104/92 :  Rilasciato da ........................................ data rilascio:.................... Prot.N. ................................) | **Si** |  | **No** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2)** | bambino/a orfano di uno o entrambi i genitori, o separati, o divorziati, purchè l’affidatario o il superstite lavori (compilare la parte relativa alla situazione lavorativa dei genitori) | **Si** |  | **No** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3)** | figlio/a di madre lavoratrice nubile o padre lavoratore celibe (nucleo monoparentale effettivo  – i genitori non debbono essere conviventi o coabitanti) (compilare la parte relativa alla situazione lavorativa dei genitori) | **Si** |  | **No** |
|  | | | | |
| **4)** | figlio/a di genitore diversamente abile tale da costituire titolo preferenziale per la frequenza del bambino/a  (Indicare estremi Decreto invalidità superiore ai 2/3 L.104/92 o invalidità civile superiore al 74%:  Rilasciato da ........................................ data rilascio:.................... Prot.N. ........................... ) | **Si** |  | **No** |
| **5)** | figlio/a di grandi invalidi del lavoro (Indicare estremi certificazione INAIL:  Rilasciato da ........................................ data rilascio:.................... Prot.N. ...........................) | **Si** |  | **No** |
| **6)** | figlio/a i cui genitori lavorino (compilare la parte relativa alla situazione lavorativa dei genitori) | **Si** |  | **No** |
| **7)** | figlio/a il cui genitore, purchè unico percettore di reddito, sia stato immesso in cassa integrazione (compilare la parte relativa alla situazione lavorativa dei genitori) | **Si** |  | **No** |
| **8)** | figlia/figlio i cui genitori siano disoccupati o inoccupati ai sensi del D.L. 150/2015 e non percepiscano altri redditi.  Centro per l’Impiego in cui è iscritto il PADRE:  Centro per l’Impiego in cui è iscritta la MADRE: | **Si** |  | **No** |
| **9)** | bambino/a il cui nucleo familiare presenti una situazione socio-ambientale, segnalata dal servizio sociale competente, tale da essere di serio pregiudizio per un sano sviluppo psico-fisico del bambino/a stesso (indicare estremi Relazione Servizi Sociali:  Redatta da............................................. in data ...........................Prot.N. ..........................) | **Si** |  | **No** |

Coloro che hanno dichiarato di appartenere alle precedenti **categorie 2), 3), 6) e 7)** devono compilare i seguenti dati

sulla situazione lavorativa dei genitori (pena la non attribuzione della categoria):

**Dati relativi alla situazione lavorativa dei genitori**

**Lavoro**

**Padre**

Professione:

Indirizzo Ditta:

Professione:

Indirizzo Ditta:

Denominazione Ditta:

C.F./P.IVA Ditta:

Tel.Ditta:

**Lavoro**

**Madre**

Denominazione Ditta:

C.F./P.IVA Ditta:

Tel.Ditta:

**NOTA BENE:** Tutti i requisiti devono essere posseduti al momento dell’iscrizione. L’omissione anche parziale delle informazioni richieste comporta la non attribuzione della relativa categoria. Il numero di domande d'iscrizione accolte sarà stabilito secondo i limiti di cui al punto 6 della Circolare sull’ Iscrizione per i Servizi per l’infanzia nell'a.s.2019/20.

|  |
| --- |
| **Informativa trattamento dati** |
| Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l’Amministrazione comunale può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali) e che la graduatoria degli iscritti verrà pubblicata anche sul sito web comunale. Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet comunale e di acconsentire al trattamento dei dati personali. |

**Si ricorda che le dichiarazioni false sono punibili penalmente**

La domanda deve essere firmata da entrambi i genitori in osservanza delle nuove disposizioni sulla responsabilità genitoriale contenute nel D.Lgs.n.154/2013 che ha modificato il codice civile in tema di filiazione in particolare agli artt.316, 317ter e 317quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore Dichiarante Firma dell'altro Genitore

Data / /

Tipo Documento N. (Allegato in copia)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Alla presente domanda dovrà essere allegata la** **documentazione indicata nell’Avviso.**

L’**ATTESTAZIONE ISEE** determina la Fascia di contribuzione così come indicato nell’Avviso Pubblico. In caso di mancata presentazione dell’Attestazione ISEE verrà attribuita la fascia massima di contribuzione.

**Entro il primo giorno di ammissione alla frequenza dovrà essere consegnata alla struttura la** **Ricevuta di Versamento** della prima **RETTA MENSILE**, **per i mesi successivi** le Ricevute di Versamento dovranno essere consegnate entro il 3° giorno del mese di riferimento.