

**Amministrazione destinataria**

Comune di Soncino

**Ufficio destinatario**

Servizi per la famiglia e i minori

**Domanda di iscrizione all'asilo nido****anno scolastico****/****Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**del bambino/a**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

l'iscrizione all'asilo nido con modulo orario in

- full-time
- part-time

**a partire dal mese**

Mese

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

### DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

<input type="checkbox"/> <b>componente n. 1</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> <b>componente n. 2</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> <b>componente n. 3</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> <b>componente n. 4</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

Situazioni particolari
<input type="text"/>

che il medico di base è

Medico di base
<input type="text"/>

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

**Tipo di lavoro**

- autonomo
- dipendente a tempo indeterminato
- dipendente a tempo determinato

Dal

Al

- saltuario o occasionale
- in cerca d'occupazione
- non occupato
- altro (specificare)

**Qualifica o professione**

**Presso denominazione/ragione sociale**

**Tipologia**

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

- tempo pieno
- part time

**Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)**

**Congedo parentale**

- no
- si
  - per maternità o allattamento

Dal

Al

- per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

**Tipo di lavoro**

- autonomo
- dipendente a tempo indeterminato
- dipendente a tempo determinato

Dal

Al

- saltuario o occasionale
- in cerca d'occupazione
- non occupato
- altro (specificare)

**Qualifica o professione**

**Presso**

**Denominazione/Ragione sociale**

**Tipologia**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

tempo pieno

part time

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale

no

si

per maternità o allattamento

Dal

Al

per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

che la fattura dovrà essere intestata a

padre

madre

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Soncino

Luogo

Data

il dichiarante