

**Amministrazione destinataria**

Comune di Mirano

Ufficio destinatarioUfficio di TEST - Informazioni e istanze
non valide**Domanda di iscrizione all'asilo nido***Ai sensi del Decreto interministeriale 31/12/1983***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	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP

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 da

Data di inizio frequenza

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 veritiera e di falsità in atti,

DICHIARA

- di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

- 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

componente n. 1

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"/>		

componente n. 2

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"/>		

componente n. 3

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"/>		

componente n. 4

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

- nel proprio nucleo sono presenti persone con disabilità
- il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro									
<input type="checkbox"/> autonomo									
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo indeterminato									
<input checked="" type="checkbox"/> dipendente a tempo determinato									
Dal	Al								
<input type="checkbox"/> saltuario o occasionale									
<input type="checkbox"/> in cerca d'occupazione									
<input type="checkbox"/> non occupato									
<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>)									
Qualifica o professione									
Presso denominazione/ragione sociale	Tipologia								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)									

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro								
<input type="checkbox"/> autonomo								
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo indeterminato								
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo determinato								
Dal	Al							
<input type="checkbox"/> saltuario o occasionale								
<input type="checkbox"/> in cerca d'occupazione								
<input type="checkbox"/> non occupato								
<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>)								

Qualifica o professione**Presso****Denominazione/Ragione sociale****Tipologia****Provincia****Comune****Indirizzo****Civico****Barrato****Interno****Scala****Piano****SNC****CAP****Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)** che il minore

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie
- non ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie
- è stato richiesto all'azienda sanitaria di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate
- non è stato richiesto all'azioneda sanitaria di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencauti 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.

Mirano

Luogo**Data****il dichiarante**