

**SCADENZA  
PRESENTAZIONE  
DOMANDA  
  
IL 15.12.2017**



**COMUNE DI OLBIA  
Provincia di Sassari  
Zona Omogenea Olbia-Tempio  
DOMANDA D'ISCRIZIONE AL NIDO D'INFANZIA COMUNALE**

La/Il sottoscritto/a

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

nata/o a\* \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a\* \_\_\_\_\_ ( )

via/piazza\* \_\_\_\_\_ n\* \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono\*/cell \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore       affidatario       tutore esercente la potestà genitoriale

consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445; consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76, comma 1, D.P.R. 445/2000); consapevole che il dichiarante, fermo restando quanto previsto dall'art. 76, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati dall'Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione; consapevole che la compilazione non conforme a quanto espressamente richiesto in ciascun campo della presente modulistica comporta la mancata attribuzione del punteggio previsto dalle norme regolamentari del servizio

**CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'ANNO EDUCATIVO 2017/2018**

della/del bambina/o\* \_\_\_\_\_ nata/o a \* \_\_\_\_\_ ( )

il\* \_\_\_\_\_ residente a OLBIA in via \* \_\_\_\_\_ n\* \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\*della/del bambina/o

\* Campi obbligatori (la mancata o non corretta compilazione dei campi obbligatori determinerà la non ammissibilità dell'istanza, come previsto dall'art. 3 del Regolamento Comunale del Servizio Nidi d'Infanzia

## AL NIDO D'INFANZIA di

Via Gallura

Via Botticelli

Via Lupacciolu

(si può indicare più di una struttura, con la preferenza in ordine numerico)

### DICHIARA

ai fini della formulazione della graduatoria che sarà predisposta secondo le priorità di cui all'art. 5 del regolamento comunale per il servizio Nidi d'Infanzia, approvato con Deliberazione C.C. n°111 del 23.11.2016

- bambine e bambini/o che presentino una situazione di disabilità riconosciuta e certificata dal competente servizio dell'Azienda A.S.L. territoriale;
- bambine e bambini il cui nucleo familiare presenti una situazione socio- ambientale disagiata, seguita e segnalata con richiesta scritta dai Servizi Sociali operanti presso le strutture pubbliche territoriali, per i quali l'inserimento al Nido rappresenti parte essenziale del progetto di sostegno ai piccoli ed alle loro famiglie;
- bambine e bambini orfani di entrambi i genitori;
- bambine e bambini conviventi e residenti con un solo genitore, impegnato in attività lavorativa e/o di studio\* ,esclusivamente nei seguenti casi: unico genitore che l'ha riconosciuto, o l'altro genitore è deceduto o detenuto in carcere o ha perso la potestà genitoriale;
- bambine e bambini conviventi e residenti con un fratello e/o una sorella e/o un genitore con disabilità grave certificata ai sensi della legge 104/92, art.3 comma 3;
- bambine e bambini conviventi e residenti con entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa dei quali uno lavori stabilmente fuori dal territorio comunale, con permanenza diurna e notturna nel luogo di lavoro;
- bambine e bambini con entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa ;
- bambine e bambini con entrambi i genitori di cui uno solo impegnato in attività lavorativa;
- bambine e bambini con fratellini/sorelline conviventi di età inferiore ai sei anni;
- bambine e bambini con i genitori non impegnati in attività lavorativa e /o di studio\*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- Copia fotostatica di valido documento di riconoscimento\* ;
- Certificazione sanitaria rilasciata dal competente servizio della A.S.L. territoriale attestante la disabilità o la difficoltà nello sviluppo neuro psicomotorio del/la bambino/a;
- Certificazione sanitaria rilasciata dal competente servizio della A.S.L. territoriale attestante la disabilità grave di genitori, fratelli o sorelle del/la bambino/a, certificata ai sensi della Legge 104/92, art.3, comma3;
- Dichiarazione attestante ulteriori stati, qualità personali e fatti, utili ai fini della determinazione della graduatoria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*\* Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/00 se la firma viene apposta in presenza del funzionario incaricato a ricevere la domanda, non è necessario allegare la fotocopia del documento di riconoscimento.*

***Informativa sull'uso dei dati personali***

***(art. 13 del D. L.gs. n.196/03)***

*L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi del D. L.gs 196/03, che:*

*a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'iscrizione ai Servizi 0/3 comunali;*

*b) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;*

*c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;*

*d) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta la mancata attribuzione del punteggio previsto dalle norme regolamentari del servizio.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

genitore del piccolo/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

## DICHIARA

che la propria famiglia è così composta \*:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, ecc.)

- che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione **ISEE** rilasciata da \_\_\_\_\_, è pari ad € \_\_\_\_\_

- che l'indicatore della situazione economica **ISE** è il seguente € \_\_\_\_\_

- che il valore della scala di equivalenza applicato è il seguente \_\_\_\_\_

- che l'attestazione ISEE è stata sottoscritta il \_\_\_\_\_ con scadenza in data **15/01/2018**

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

**Dati su attività lavorativa dell'altro genitore NON CONVIVENTE:**

**In caso di lavoro AUTONOMO:**

\*Professione \_\_\_\_\_ \*sede legale: \_\_\_\_\_

\*Partita IVA \_\_\_\_\_ \*Posizione \_\_\_\_\_

**In caso di lavoro DIPENDENTE :**

\*Datore di lavoro/Ente/Ditta/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

indirizzo \* \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

***Informativa sull'uso dei dati personali***

***(art. 13 del D. L.gs. n.196/03)***

*L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi del D. L.gs 196/03, che:*

*a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'iscrizione ai Servizi 0/3 comunali;*

*b) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;*

*c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;*

*d) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta la mancata attribuzione del punteggio previsto dalle norme regolamentari del servizio.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

		Presentato	Non presentato	Rilevato d'ufficio/diformità/NOTE
1)	Verifica domanda completa di tutta la documentazione			
2)	Verifica composizione anagrafica nucleo			
3)	ISEE /2017 Nucleo Familiare			
4)	Verifiche ulteriori			

• <b>Attribuzione Punteggio</b>	
• <b>Retta di compartecipazione</b>	
• <b>Decurtazioni applicabili</b>	

NOTE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---