



## 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 TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

I dati personali forniti saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Olbia per il perseguimento delle sole finalità istituzionali connesse o strumentali alla attività dell'ente per le quali i dati stessi sono stati forniti.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Comunale di Olbia nel suo complesso. I responsabili del trattamento sono individuati nei Dirigenti di Settore, ognuno per i dati trattati dal Settore di competenza.

\* Il presente modulo ha validità di auto dichiarazione ai sensi del DPR 445/00 dei dati e fatti ivi riportati. Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci o fornisca atti falsi incorrerà nelle sanzioni ex art. 76 DPR 445/00.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara:

- di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione del presente modulo di iscrizione saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili solo ed esclusivamente nell'ambito delle operazioni necessarie a consentire il corretto svolgimento delle attività sopra descritte;
- di acconsentire con la presente dichiarazione al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Olbia li

Firma per accettazione

## 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 **15/01/2019**

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\* \_\_\_\_\_