

COMPILARE IN STAMPATELLO
Da consegnare tramite il nido

Al Comune di LIGNANO SABBIAORO
Servizi scolastici, educativi e politiche giovanili
e-mail: serviziscolasticieducativi@lignano.org - fax 043173288

DOMANDA DI **PRE-ISCRIZIONE** al nido d'infanzia per l'a.e.

Il/la sottoscritto/a nato/a il/...../.....
a RESIDENTE a
in via n..... C.A.P.
Tel. Abitazione altro recapito
C.F..... e-mail.....

CHIEDE l'ammissione al nido d'infanzia del/la proprio/a figlio/a

COGNOME NOME

nato/a il..... a residente a

C.F.

DAL **AL**

(da concordare preventivamente con il nido)

FREQUENZA

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| h. 8.00 (9.30) – 13.30 (14.00), 3 giorni a settimana | <input type="checkbox"/> |  |
| h. 8.00 (9.30) – 13.30 (14.00), 4 giorni a settimana | <input type="checkbox"/> |  |
| h. 8.00 (9.30) – 13.30 (14.00), 5 giorni a settimana | <input type="checkbox"/> |  |
| h. 8.00 (9.30) – 17.00 (17.30), 3 giorni a settimana | <input type="checkbox"/> |  |
| h. 8.00 (9.30) – 17.00 (17.30), 4 giorni a settimana | <input type="checkbox"/> |  |
| h. 8.00 (9.30) – 17.00 (17.30), 5 giorni a settimana | <input type="checkbox"/> |  |
- lunedì
 martedì
 mercoledì
 giovedì
 venerdì

Spazio per note coordinatrice nido

Il/la sottoscritto/a **SI IMPEGNA** a corrispondere mensilmente la retta dovuta e **a versare l'anticipo di € 150,00** prima dell'inizio dell'inserimento al nido, quale conferma dell'iscrizione. Tale somma verrà restituita al momento del pagamento della prima mensilità di frequenza.

Inoltre *(solo per i residenti nel Comune di Lignano Sabbiadoro)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CHIEDE di poter fruire di riduzioni alla retta, considerando la propria situazione economica e presenta a tal fine la certificazione ISEE | <input type="checkbox"/> NON CHIEDE alcuna agevolazione, pertanto pagherà la quota per intero |
|---|--|

DICHIARA *(solo per i NON residenti nel Comune di Lignano Sabbiadoro)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> di SVOLGERE la propria attività lavorativa a Lignano | <input type="checkbox"/> di NON SVOLGERE la propria attività lavorativa a Lignano |
|--|--|

DICHIARA INOLTRE:

- di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare senza riserve il regolamento di gestione del nido e tutte le norme interne relative al suo funzionamento;
- che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
- che si impegna, qualora usufruisca di riduzione della retta su base Isee, a comunicare entro 10 giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo alla riduzione;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopra citato D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace, oltre alla restituzione del beneficio indebitamente fruito ed al pagamento di una multa da € 500,00 a € 5.000,00;
- di essere a conoscenza che tutte le dichiarazioni rese per l'ottenimento di agevolazioni da parte del Comune, possono essere soggette a controllo da parte dell'Amministrazione Finanziaria e che le stesse saranno trattate nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 (Codice sulla Privacy).

data

firma

Il/La sottoscritto/a DICHIARA inoltre:

PADRE DEL MINORE ISCRITTO AL SERVIZIO:

Cognome Nome C.F.
Nato a il residente a
Via n°

Attività lavorativa svolta:

- Precario (meno di 6 mesi negli ultimi 12 mesi) Disoccupato
 Tempo pieno come dipendente Part-time come dipendente Autonomo

Attività lavorativa Luogo di lavoro.....
Orario Datore di lavoro
Recapito telefonico sede di lavoro

Note (specificare eventuali situazioni di disagio abitativo, lavorativo e familiare)

.....

MADRE DEL MINORE ISCRITTO AL SERVIZIO:

Cognome Nome C.F.
Nato a il residente a
Via n°

Attività lavorativa svolta:

- Precario (meno di 6 mesi negli ultimi 12 mesi) Disoccupato
 Tempo pieno come dipendente Part-time come dipendente Autonomo

Attività lavorativa Luogo di lavoro.....
Orario Datore di lavoro
Recapito telefonico sede di lavoro

Note (specificare eventuali situazioni di disagio abitativo, lavorativo e familiare)

.....

Il/La sottoscritto/a DICHIARA infine:

- di essere consapevole che i dati forniti verranno utilizzati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali");
- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione che interverrà rispetto a quanto dichiarato, diversamente il/la sottoscritto/a si assumerà ogni responsabilità per ritardi e/o omissioni.**

data

firma
(del dichiarante)

ALLEGATI

- () copia di un documento di identità in corso di validità
- () dichiarazione resa per calcolo dell'I.S.E.E.

Solo nel caso in cui ricorrano le seguenti situazioni personali, si dovranno allegare anche:

- () Certificazione resa ai sensi L.104/92 rilasciata dall' A.S.S. (Azienda per i servizi sanitari) in presenza di minore con disabilità
- () Relazione rilasciata dal Servizio sociale in caso di particolari situazioni soci-familiari
- () Certificazione del medico o pediatra di base per la necessità di assunzione di farmaci, intolleranze alimentari o altre esigenze sanitarie.
- () Certificazione che attesti la necessità di assistenza continua per un familiare convivente.