**ALLEGATO A**

**AL COMUNE DI OLBIA**

**SETTORE CULTURA, PUBBLICA ISTRUZIONE SPORT Ufficio Asili Nido**

**OGGETTO: Domanda di ammissione agli Asili Nido Comunali**

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | NOME | |  | | | | |
| LUOGO DI NASCITA |  | DATA DI NASCITA | | | |  | | |
| CODICE FISCALE |  | | | | | | | |
| INDIRIZZO N. CIVICO |  | | | | | | | |
| COMUNE DI RESIDENZA |  | CAP |  | | | | PROV |  |
| TELEFONO |  | CELLULARE | | |  | | | |
| EMAIL |  | | | | | | | |

In qualità di (*barrare la casella di interesse*):

genitore  affidatario tutore esercente la potestà genitoriale

del minore:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | NOME | |  | | |
| LUOGO DI NASCITA |  | DATA DI NASCITA | |  | | |
| CODICE FISCALE |  | | | | | |
| INDIRIZZO N. CIVICO |  |  |  | |  |  |
| COMUNE DI RESIDENZA |  | CAP |  | | PROV |  |

CHIEDE

1. Di poter partecipare al bando per l’ammissione al Nido d’Infanzia Comunale;
2. Che il minore possa essere inserito nella struttura (*indicare la preferenza in ordine numerico*)

**Via Botticelli Via Gallura Via Lupacciolu**

*(La scelta della struttura sarà rispettata qualora vi siano posti disponibili)*

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

**DICHIARA**

* che l’ISEE **in corso di validità** del nucleo familiare del minore è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed è stato rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dall’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che la bambina - il bambino (indicare con una crocetta ciò che interessa):
* presenta una situazione di disabilità riconosciuta e certificata dal competente servizio dell'Azienda A.S.L. territoriale;
* è inserito in un nucleo familiare che presenta una situazione socio- ambientale disagiata seguita dai Servizi Sociali operanti presso le strutture pubbliche territoriali;
* è orfano di entrambi i genitori;
* è convivente e residente con un solo genitore, impegnato in attivitàlavorativa e/o di studio esclusivamente nei seguenti casi: unico genitore che l'ha riconosciuto, o l'altrogenitore è deceduto o detenuto in carcere o ha perso la potestà genitoriale;
* ha entrambi genitori impegnati in attività lavorativa;
* è convivente e residente 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;
* è convivente e residente 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;
* ha un fratello/sorella già inserito in una delle strutture degli asili nido comunali;
* ha solo un genitore impegnato in attività lavorativa;
* ha fratellini/sorelline conviventi di età inferiore ai sei anni;
* i genitori non sono impegnati in attività lavorativa e /o di studio.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara inoltre che attualmente svolge:

(*barrare la casella che interessa*):

1.  Lavoro Autonomo (*es. liberi professionisti, con contratto a progetto*)

**2)**  Lavoro Dipendente (*anche contratti atipici*)

Oppure è:

**3)**  Non lavoratore *(i disoccupati, gli inoccupati, i casalinghi, i pensionati, ecc)*

**4)**  Studente *(studio finalizzato al conseguimento del titolo di istruzione di scuola secondaria di 1° e 2° grado,del diploma universitario (prima laurea),percorso di formazione professionale regionale per corsi uguali o superiori alle 800 ore).*

Nei casi di cui ai punti 1) e 2) *(compilare la casella che interessa*) :

**Dati su attività del GENITORE RICHIEDENTE:**

|  |
| --- |
| **In caso di lavoro AUTONOMO** **:**  Professione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede legale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **n.b. In caso di attività lavorativa prestata fuori dal territorio comunale indicare le seguenti informazioni:**  indirizzo sede lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **In caso di lavoro DIPENDENTE O STUDENTE** –  Datore lavoro/Ente/Ditta/Scuola/Ateneo Universitario/Ente professionale/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **n.b. In caso di attività lavorativa prestata fuori dal territorio comunale indicare le seguenti informazioni:**  indirizzo sede lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Dati su attività lavorativa del GENITORE CONVIVENTE**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.: **\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

Datore di lavoro/Ente/Ditta/Scuola/AteneoUnivers./Ente professionale/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**n.b. In caso di attività lavorativa prestata fuori dal territorio comunale indicare le seguenti informazioni:**

indirizzo sede lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Oppure*

**Dati su attività lavorativa del GENITORE NON CONVIVENTE:**

**In caso di lavoro AUTONOMO:**

Professione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede legale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di lavoro DIPENDENTE :**

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

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre :

 di essere a conoscenza che l’Amministrazione Comunale potrà effettuare controlli per accertare la veridicità di quanto dichiarato;

 di aver preso visione dell’Allegato B relativo all’informativa privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e di accettarla in ogni sua parte;

 di allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

solo se si ritiene necessario dichiara:

 di allegare (in busta chiusa) certificazione sanitaria rilasciata dal competente servizio dell’A.S.L. territoriale (in caso di disabilità o la difficoltà nello sviluppo neuro psicomotorio del/la bambino/a );

 di allegare (in busta chiusa) certificazione sanitaria rilasciata dal competente servizio dell’A.S.L. territoriale in caso di disabilità grave di genitori, fratelli o sorelle del/la bambino/a, certificata ai sensi della Legge 104/92, art.3, comma 3;

 di allegare (in busta chiusa) dichiarazione attestante ulteriori stati, qualità personali e fatti, utili ai fini della determinazione della graduatoria.

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_