

ALL. 4

l sottoscritt _____ Padre Madre Tutore e/o Affidatario

Soggetto afferente all' ENTE CONVENZIONATO/vincolato (indicare nome ente)

PRESENTA DOMANDA D'ISCRIZIONE PRESSO:

L'ASILO NIDO di VIA VALVASSORI PERONI N. 17

IL MICRONIDO di VIA CANDIANI N. 72

per l'anno educativo _____, con orario di frequenza a:

TEMPO PIENO (FINO ALLE 18-18.30)

TEMPO RIDOTTO (FINO ALLE 13-13.30)

FREQUENZA PARZIALE:

(2 o 3 giorni a tempo pieno o ridotto)

ridotto, al mattino con uscita 13-13.30
(indicare sotto i giorni della settimana di interesse)

giorni _____

tempo pieno (indicare sotto il/i giorni della settimana di interesse) con uscita entro le 18 (Bovisa), 18.30 (Leonardo)

giorni _____

per il/la bambino/a _____

nato/a _____ il (indicare nel caso data presunta) _____

Età a settembre 2020 _____ Cittadinanza _____

residente a _____ CAP _____

in Via _____ n. _____

recapito telefonico _____

presso (specificare grado di parentela – *da compilare solo nel caso di residenza diversa da quella dei genitori*)

Tessera sanitaria N. _____ codice fiscale _____

MADRE: Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ Cittadinanza _____

residente a _____ CAP _____

in Via _____ n. _____

tel. abitazione _____ cellulare _____ e-mail _____

codice fiscale Professione _____

Orario di lavoro: TEMPO PARZIALE (dalle.....alle)

TEMPO PIENO

(dalle.....alle.....)

Luogo e datore di lavoro _____

Indirizzo _____ Tel. _____

PADRE: Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ Cittadinanza _____

residente a _____ CAP _____

in Via _____ n. _____

tel. abitazione _____ cellulare _____ e-mail _____

codice fiscale Professione _____

Orario di lavoro: TEMPO PARZIALE (dalle.....alle)

TEMPO PIENO

(dalle.....alle.....)

Luogo e datore di lavoro _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Al fine della compilazione della graduatoria, il sottoscritto dichiara che:

i componenti del nucleo familiare¹ sono n. _____;

nucleo familiare monoparentale

nel nucleo familiare è presente un genitore con condizioni fisiche e/o psichiche invalidanti (pari o

¹ Si considerano componenti del nucleo familiare: i genitori del/la bambino/a per cui si presenta la domanda, il/la bambino/a stesso/a e gli altri eventuali figli

superiori al 66%) riconosciute dalla Commissione di invalidità della ASL;

numero di figli (incluso quello/a per cui si chiede l'iscrizione):

- figli compresi nella fascia d'età 0-3 anni n. _____;
- figli compresi nella fascia d'età 4-6 anni n. _____;
- figli d'età superiore ai 6 anni n. _____;
- bambino/a diversamente abile (certificazione ASL) _____;
- bambino/a non ancora nato/a _____;
- nucleo familiare con altri minori diversamente abili _____;

nucleo familiare in cui vi siano sorelle/fratelli che già frequentano e/o frequenteranno, nell'anno educativo per cui si richiede l'iscrizione, il nido del Politecnico.

bambino/a in lista d'attesa nell'anno educativo precedente

certificazione ISEE (in mancanza del documento sarà attribuita la retta corrispondente alla III Fascia)

ATTESTAZIONE

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che in caso di attestazioni non veritiere per le dichiarazioni sopra rese, ai sensi dell'art 76 del D.P.R. n. 445/2000 incorrerà nelle sanzioni previste dagli art. 483 e seguenti del codice penale, oltre che nella decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000.

Milano, _____ Firma _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ

TIPO _____ **N.** _____

RILASCIATO DA _____ **IL** _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa alla raccolta e al trattamento dei dati personali che saranno utilizzati ai fini previsti per la formulazione della graduatoria e dell'eventuale iscrizione e di prestare espressamente il relativo consenso.

Milano, _____ Firma _____

Allegati: n.