Amministrazione destinataria

Comune di Fiorenzuola d'Arda

Ufficio destinatario

Pubblica istruzione

Domanda di iscrizione al nido d'infanzia

anno scolastico 2025/2026

Il sottoscritto genitore o affidatario

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'iscrizione al seguente servizio

- ○ nido d'infanzia "Villa Modeo"
  - ○ con richiesta orario prolungato dalle 16:15 alle 17:30
    - ○ per motivi di lavoro
    - ○ per motivi organizzativi/familiari
  - ○ senza richiesta orario prolungato
- ○ nido d'infanzia "Piccolo blu" P.T.

relativa al bambino

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

COMUNICA

i seguenti recapiti per eventuali comunicazioni

Genitore		Telefono cellulare	Telefono
padre			
madre			
altro *(specificare)*			

Pediatra di famiglia

Cognome	Nome	Recapito telefonico

che il nucleo familiare risulta così composto

☐ **componente n. 1**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 2**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 3**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 5**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 6**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 7**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 8**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 9**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ **componente n. 10**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Rapporto di parentela

☐ conviventi di fatto con residenza disgiunta

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA INOLTRE

che la situazione familiare possiede le seguenti caratteristiche

- ☐ famiglia monoparentale: il bambino riconosciuto da un solo genitore, un genitore è deceduto, un unico genitore possiede la potestà sul bambino, un genitore è in stato di detenzione o ricovero in una struttura di riabilitazione e cure per un periodo non inferiore a sei mesi in un anno
- ☐ unico genitore coabitante: genitori separati legalmente, divorziati, celibi/nubili che non coabitano
- ☐ che il bambino per cui si fa la domanda sia persona con disabilità certificata
- ☐ padre, madre, fratelli, sorelle (del bambino), invalidi
  - ○ dal 33% al 67%
  - ○ superiore al 67%
  - ○ pari al 100%
- ☐ fratelli e sorelle in età scolastica che siano disabili (con certificazione)
- ☐ che sia stato valutato con una relazione sociale redatta dal servizio minori ASL uno stato di grave disagio in condizioni socio familiari problematiche
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE

Importo		Data di rilascio	Data di scadenza
	€		

che la condizione lavorativa del nucleo familiare è

☐ **madre**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

☐ **lavoratore subordinato dipendente**

Qualifica professionale

Ente/ditta

Tipologia di contratto

- ☐ a tempo indeterminato o apprendistato
  - ○ tempo pieno
  - ○ part time fino 50% orario contr.
  - ○ part time oltre il 50% orario contr.
- ☐ a tempo determinato

  Dal **Al**
- ☐ contratto di somministrazione lavoro

  Dal **Al**
- ☐ incarichi per collaborazione coordinato e continuative, intermittenti o a chiamata a progetto
- ☐ lavoro subordinato a domicilio
- ☐ lavoro autonomo occasionale
- ☐ prestazioni occasionali

☐ **lavoratore autonomo**

Professione esercitata

Nome ditta

Partita IVA

Ramo di attività

Sede lavoro

Tipologia

☐ socio, titolare, coadiuvante, collaboratore familiare

☐ associazione in partecipazione con apporto lavorativo

☐ **studente**

Obbligo di frequenza

○ con obbligo di frequenza

○ senza obbligo di frequenza

☐ **tirocinio formativo**

☐ **servizio civile volontario**

☐ **cassa integrazione**

☐ **pensionato**

☐ **disoccupazione accertata dal centro per l'impiego**

☐ **altro** *(specificare)*

☐ **padre**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

☐ **lavoratore subordinato dipendente**

Qualifica professionale

Ente/ditta

Tipologia di contratto

- ☐ a tempo indeterminato o apprendistato
  - ○ tempo pieno
  - ○ part time fino 50% orario contr.
  - ○ part time oltre il 50% orario contr.
- ☐ a tempo determinato

  Dal **Al**
- ☐ contratto di somministrazione lavoro

  Dal **Al**
- ☐ incarichi per collaborazione coordinato e continuative, intermittenti o a chiamata a progetto
- ☐ lavoro subordinato a domicilio
- ☐ lavoro autonomo occasionale
- ☐ prestazioni occasionali

☐ **lavoratore autonomo**

Professione esercitata

Nome ditta

Partita IVA

Ramo di attività

Sede lavoro

Tipologia

- ☐ socio, titolare, coadiuvante, collaboratore familiare
- ☐ associazione in partecipazione con apporto lavorativo

☐ **studente**

Obbligo di frequenza

- ○ con obbligo di frequenza
- ○ senza obbligo di frequenza

☐ **tirocinio formativo**

☐ **servizio civile volontario**

☐ **cassa integrazione**

☐ **pensionato**

☐ **disoccupazione accertata dal centro per l'impiego**

☐ **altro** *(specificare)*

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [x] autocertificazione attestante lo stato vaccinale del minore
- [ ] documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
- [ ] dichiarazioni, certificazioni, relazioni, sentenze che dimostrino casi di priorità
- [ ] copia dell'attestazione ISEE
- [ ] copia del certificato medico
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Fiorenzuola d'Arda		