****

Alla Responsabile del Servizio Socio Culturale

Comune di Oliveto Citra

OGGETTO: RICHIESTA ISCRIZIONE/RICONFERMA MICRO NIDO Anno Educativo 2025/2026

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_), alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in riferimento all’Avviso Pubblico sull’accesso al Micro-nido in struttura comunale, in loc. Acquabianca, con la presente

CHIEDE

* l’iscrizione al micro nido del/della proprio/a figlio/a:
* la riconferma al micro nido del/della proprio/a figlio/a:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) il Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

* Che il minore (per il quale si richiede l’iscrizione) è in condizione di disabilità;
* Che nel proprio nucleo familiare è presente n. 1 o più minori in condizione di disabilità (oltre il minore per il quale si richiede l’iscrizione): (*indicarne il numero*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che il/la bambino/a appartiene ad un nucleo familiare monoparentale: nubile, celibe, vedovo/a;
* Che il nucleo familiare è composto un solo genitore (nubile, celibe, vedovo/a) disoccupato;
* Che il nucleo familiare è composto un solo genitore (nubile, celibe, vedovo/a) occupato;
* Che nel proprio nucleo familiare entrambi i genitori lavorano;
* Che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** | **ISEE nucleo familiare** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si attesta, inoltre:

* Che il/la bambino/a è di sana e robusta costituzione;
* Che il bambino/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie: Si / No

Alla presente allega:

• Attestazione ISEE in corso di validità;

• Certificato/Copia libretto di vaccinazione;

• Autocertificazione sullo stato di salute del bambino/a.

• Fotocopia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore;

• Eventuale documentazione attestante la disabilità del minore e/o di altri componenti il nucleo familiare.

*Dichiara, infine, di essere a conoscenza, tramite apposita informativa resa disponibile dall’ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. Del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il/La Dichiarante

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