



Via Visegni, 6
16018 Mignanego GE

NIDO D'INFANZIA "POLLICINO" DOMANDA DI ISCRIZIONE

Alla Cooperativa Sociale Mignanego Onlus
Via Piave, 91-93
16018 Mignanego

La/il sottoscritta/o (cognome e nome):

C.F. : _____

nata/o **a:** _____ **Provincia** _____

il: _____

Cittadinanza: _____

residente a: _____ **Provincia** _____ **c.a.p.**

_____ **Via:** _____ **n:** _____

telefono: _____ **cellulare** _____

e-mail _____

domicilio c/o (nominativo) _____

(Via –Città-

telefono) _____

Preso visione del Regolamento, della Carta dei Servizi della struttura e della vigente normativa in qualità di:

MADRE

PADRE

GENITORE AFFIDATARIO

AFFIDATARIA

CHIEDE

Di iscrivere la/il bambina/o.

cognome e nome _____ **M** **F**

Codice fiscale _____

nata/o **a:** _____ **Provincia** _____

il: _____

Cittadinanza: _____

residente a: _____ **Provincia** _____ **c.a.p.**

_____ **Via:** _____ **n:** _____

portatore di handicap ¹ SI NO eventuale % di invalidità certificata _____

con la seguente modalità di frequenza:

- tempo pieno dalle 08.00 alle 16.30
- tempo parziale mattina dalle 8.00 alle 13.30
- tempo parziale pomeridiano dalle ore 11.00 alle ore 16.30

A tal fine, consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per falsità in atti o dichiarazioni mendaci.

dichiara quanto segue

(barrare le caselle di interesse)

A: informazioni sul nucleo familiare²

- che nel nucleo è presente solo uno dei genitori SI in quanto:
 - orfano
 - genitori separati/divorziati
 - ragazzo padre
 - ragazza madre
- che la potestà genitoriale è esercitata da: _____

B: che i dati del genitore/affidatario non dichiarante sono:

(compilare solo campi diversi dal dichiarante)

Cognome e nome: _____

C.F. : _____

nato/a a: (Comune e Provincia in Italia-Stato Estero) _____ il: _____

Cittadinanza: _____ residente a: (Comune e Provincia) _____

c.a.p. _____ Via: _____ n: _____

telefono: _____ altro recapito telefonico: _____

domicilio c/o (nominativo) _____

(Via -Città- telefono) _____

C: situazione familiare:

Che la situazione lavorativa dei genitori/affidatari facenti parte del nucleo è la seguente:

(è indispensabile compilare tutti i campi)

- **padre/affidatario:**

¹ L'attestazione di handicap per le persone nelle condizioni previste dall'art.3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104 deve essere stata accertata dall'ASL ai sensi dell'art.4 della medesima legge

² Fanno parte del nucleo familiare anagrafico le persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nella stessa casa. Fa parte dello stesso nucleo familiare anche il coniuge del/la dichiarante con diversa residenza anagrafica se non legalmente separato.

non lavora

ha lavoro dipendente

ha lavoro autonomo

✧ **se ha lavoro dipendente:**

luogo di lavoro _____ Orario _____

p.time fino al 50% SI NO

- **madre/affidataria:**

- non lavora
autonomo

ha lavoro dipendente

ha lavoro

- ✧ **se ha lavoro dipendente:**

- luogo di lavoro _____

Orario _____

- p.time fino al 50% SI NO

D: Che il proprio nucleo familiare è seguito dai Servizi Sociali SI NO

(allegare documentazione)

**E: Che il/la bambino/a ha gravi problemi di salute che incidono sulla sua vita di relazione
comprovati da certificazione ASL o di strutture sanitarie convenzionate** SI NO

(allegare documentazione)

F: Che all'interno del nucleo familiare vi sono portatori di handicap

SI NO

(allegare documentazione)

**G: Che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da minori in età compresa fra i 37
mesi e gli 8 anni** SI NO

**H: Che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da minori in età compresa fra gli 8
anni ed un mese ed i 14 anni** SI NO

I: Che il/la bambino/a proviene da altri servizi educativi :

(Barrare le caselle)

SI area gioco _____

SI nido privato _____

SI nido comunale _____

SI centro bambini c/ _____

SI sezioni 24/36 mesi _____

L: Che il bambino soffre di allergie e/o intolleranze alimentari

SI NO

(Se si occorre allegare alla domanda idonea certificazione medica)

M: Che il nominativo ed i dati anagrafici per l'emissione della certificazione Mensile di pagamento è:

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ data nascita _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____

Luogo e data.....

Firma della/del dichiarante
