



Nido d'Infanzia "Vico Rosa"  
Via della Maddalena, 16 – Genova  
[vicorosa@cooperativasocialeemignanego.it](mailto:vicorosa@cooperativasocialeemignanego.it)

Alla  
Mignanego Società Cooperativa Sociale Onlus  
Via Piave, 55 16018 Mignanego  
Nido D'Infanzia Vico Rosa

### Domanda di iscrizione

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** <sup>1</sup>  SI  NO      **eventuale % di invalidità**  
**certificata** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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



.....  
-----  
**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:**

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

ha lavoro dipendente

ha lavoro autonomo

- ✦ **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 a seguito dei pagamenti sono :**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Luogo e data.....

Firma della/del dichiarante