

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI  
ANNO EDUCATIVO 201..../201....**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a il .....  
a.....e residente a .....  
in Via /Piazza.....n. ....  
n. telefono abitazione.....cellulare madre.....  
cellulare padre.....altro recapito telefonico (nonno/a,  
cognato/a) .....-indirizzo di posta elettronica (SCRIVERE IN  
STAMPATELLO) .....

Preso atto delle modalità di funzionamento del Servizio(come da regolamento allegato)

**C H I E D E**

Per il proprio figlio/a .....nato/a il .....  
a .....

Di usufruire delle strutture Comunali per l'Infanzia dal mese di .....

**Esprime la propria preferenza :**

**ASILO NIDO ( da 3 mesi a 36 mesi)  venerdì**  
**Con orario di frequenza dal lunedì al**

Dalle ore 7,15 alle 14,30

Dalle ore 7,15 alle 17,30

**Sabato**  
Dalle ore 7,15 alle 12,30

**MICRO NIDO ( da 18 mesi a 36 mesi)**  
**Con orario di frequenza dal lunedì al venerdì**

Dalle ore 7,15 alle 14,30

Dalle ore 7,15 alle 17,30

**Sabato**

Dalle ore 7,15 alle 12,30

**SEZIONE PRIMAVERA ( da 24 mesi a 36 mesi)**  
**Con orario di frequenza dal lunedì al venerdì**

Dalle ore 7,15 alle 14,30

Dalle ore 7,15 alle 17,30

**Sabato**

Dalle ore 7,15 alle 12,30

Che attualmente il bambino frequenta il servizio .....

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a.....ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 “Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa”consapevole che **qualora emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, decadranno i benefici eventualmente conseguiti e incorrerà nelle sanzioni penali** previste dall’art.76 del D.P.R. 445/2000 secondo cui chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e quindi sotto la propria personale responsabilità

**D I C H I A R A Q U A N T O S E G U E :**

1. che il proprio nucleo familiare è il seguente (in caso di necessità proseguire su altro foglio

	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Titolo di studio	Cittadinanza
PADRE					
MADRE					
FIGLIO/A					
FIGLIO/A					
FIGLIO/A					

- in caso di genitore **residente** in abitazione diversa riportare l'altro indirizzo  
Padre o Madre(specificare) residente in Via.....Città.....
- 

**Di aver diritto alle seguenti riduzioni :**

- riduzione del 30% della tariffa base alle famiglie con reddito ISEE complessivo da €  
**0,00 ad €3.500,00;**
- riduzione del 15% per il secondo figlio e successivi

**Si impegna**

**Al pagamento** della retta mensile dovuta che sarà comunicata ogni mese, consapevole che il mancato pagamento per due mesi consecutivi senza giustificato grave motivo comporterà l'esclusione dal posto di frequenza

**Dichiara**

Di aver preso visione dell'informativa ricevuta riguardante l'applicazione del sistema tariffario in vigore, di essere a conoscenza che, in caso di non presentazione della certificazione ISEE richiesta sarà applicata per l'anno educativo **2012/2013** , la retta massima corrispondente alla fascia di utilizzo prescelta.

Data.....

Firma del dichiarante

---

Il/la sottoscritto/a nell'autorizzare codesta Amministrazione ad assumere tutte le informazioni necessarie ad un corretto esame della presente istanza, **si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione delle informazioni fornite.**

Dichiara, ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", di aver ricevuto un'esauriente informativa e di aver preso atto che il trattamento dei dati inerenti riguarderà l'uso legato allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

Conseguentemente esprime il proprio consenso al trattamento dei dati stessi ed alla comunicazione dei medesimi ai fini istituzionali dell'Ente, con particolare ed espresso riferimento ai dati sensibili, necessari per la gestione dei rapporti con il Comune di San Salvo e per eventuali comunicazioni dei dati stessi ad altri Enti, Istituti pubblici e scientifici, unicamente perché l'Ente è sottoposto al controllo degli stessi o perché legato da rapporti amministrativi e sanitari.

**Autorizza inoltre l'Amministrazione Comunale a pubblicare il nominativo del/la proprio/a figlio/a nella graduatoria per l'accesso al servizio che sarà pubblicata su Internet.**

Firma del dichiarante

---

**PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI AL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI DEL COMUNE  
DI SAN SALVO – TEL. 0873/340230 – 0873/340231 DALLE ORE 9,00 ALLE ORE 13,00  
DAL LUNEDI' AL VENERDI' E NEI GIORNI DI MARTEDI' E GIOVEDI' DALLE ORE  
16,00 ALLE ORE 18,00-**