

Amministrazione destinataria

Regione Emilia Romagna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di iscrizione all'asilo nido****anno scolastico****/****Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**del bambino/a**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

l'iscrizione all'asilo nido con modulo orario in

- full-time
- part-time

**a partire da**

Data di inizio frequenza

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 oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

*Grado di parentela (\*)  
coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine*

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap  
 il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale  
 esistono fratelli o sorelle che frequentano il nido

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

**Tipo di lavoro**

autonomo  
 dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato

Dal  Al

saltuario o occasionale  
 in cerca d'occupazione  
 non occupato  
 altro (specificare)

**Qualifica o professione**

**Presso denominazione/ragione sociale**  **Tipologia**

**Provincia**  **Comune**  **Indirizzo**  **Civico**  **Barrato**  **Scala**  **Piano**  **SNC**  **CAP**

**Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)**

**Congedo parentale**

no

si

per maternità o allattamento

**Dal**  **Al**

per nuova maternità o gravidanza

**Dal**  **Al**

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

**Tipo di lavoro**

autonomo

dipendente a tempo indeterminato

dipendente a tempo determinato

**Dal**  **Al**

saltuario o occasionale

in cerca d'occupazione

non occupato

altro (specificare)

**Qualifica o professione**

**Presso**

**Denominazione/Ragione sociale**  **Tipologia**

**Provincia**  **Comune**  **Indirizzo**  **Civico**  **Barrato**  **Scala**  **Piano**  **SNC**  **CAP**

**Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)**

**Congedo parentale** no si per maternità o allattamento

Dal

Al

 per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

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

 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