

COMUNICA

i seguenti recapiti per eventuali comunicazioni

Genitore	Telefono cellulare	Telefono
padre		
madre		
altro <i>(specificare)</i>		
Pediatria di famiglia		
Cognome	Nome	Recapito telefonico

che il nucleo familiare risulta così composto

componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Rapporto di parentela		

componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Rapporto di parentela		

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Rapporto di parentela		

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Rapporto di parentela		

componente n. 5

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Rapporto di parentela		

componente n. 6

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Rapporto di parentela

componente n. 7

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Rapporto di parentela

componente n. 8

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Rapporto di parentela

componente n. 9

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Rapporto di parentela

componente n. 10

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Rapporto di parentela

conviventi di fatto con residenza disgiunta

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 la situazione familiare possiede le seguenti caratteristiche

- famiglia monoparentale: il bambino riconosciuto da un solo genitore, un genitore è deceduto, un unico genitore possiede la potestà sul bambino, un genitore è in stato di detenzione o ricovero in una struttura di riabilitazione e cure per un periodo non inferiore a sei mesi in un anno
- unico genitore coabitante: genitori separati legalmente, divorziati, celibi/nubili che non coabitano
- che il bambino per cui si fa la domanda sia persona con disabilità certificata
- padre, madre, fratelli, sorelle (del bambino), invalidi
 - dal 33% al 67%
 - superiore al 67%
 - pari al 100%
- fratelli e sorelle in età scolastica che siano disabili (con certificazione)
- che sia stato valutato con una relazione sociale redatta dal servizio minori ASL uno stato di grave disagio in condizioni socio familiari problematiche
- di essere in possesso di attestazione ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

€

che la condizione lavorativa del nucleo familiare è

madre

Cognome

Nome

Codice Fiscale

lavoratore subordinato dipendente

Qualifica professionale

Ente/ditta

Tipologia di contratto

a tempo indeterminato o apprendistato

tempo pieno

part time fino 50% orario contr.

part time oltre il 50% orario contr.

a tempo determinato

Dal

Al

contratto di somministrazione lavoro

Dal

Al

incarichi per collaborazione coordinato e continuative, intermittenti o a chiamata a progetto

lavoro subordinato a domicilio

lavoro autonomo occasionale

prestazioni occasionali

lavoratore autonomo

Professione esercitata

Nome ditta

Partita IVA

Ramo di attività

Sede lavoro

Tipologia

- socio, titolare, coadiuvante, collaboratore familiare
- associazione in partecipazione con apporto lavorativo

studente

Obbligo di frequenza

- con obbligo di frequenza
- senza obbligo di frequenza

tirocinio formativo

servizio civile volontario

cassa integrazione

pensionato

disoccupazione accertata dal centro per l'impiego

altro *(specificare)*

padre

Cognome

Nome

Codice Fiscale

lavoratore subordinato dipendente

Qualifica professionale

Ente/ditta

Tipologia di contratto

a tempo indeterminato o apprendistato

tempo pieno

part time fino 50% orario contr.

part time oltre il 50% orario contr.

a tempo determinato

Dal

Al

contratto di somministrazione lavoro

Dal

Al

incarichi per collaborazione coordinata e continuative, intermittenti o a chiamata a progetto

lavoro subordinato a domicilio

lavoro autonomo occasionale

prestazioni occasionali

lavoratore autonomo

Professione esercitata

Nome ditta

Partita IVA

Ramo di attività

Sede lavoro

Tipologia

socio, titolare, coadiuvante, collaboratore familiare

associazione in partecipazione con apporto lavorativo

studente

Obbligo di frequenza

con obbligo di frequenza

senza obbligo di frequenza

tirocinio formativo

servizio civile volontario

cassa integrazione

pensionato

disoccupazione accertata dal centro per l'impiego

altro (specificare)

Elenco degli allegati

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

- autocertificazione attestante lo stato vaccinale del minore
- documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
- dichiarazioni, certificazioni, relazioni, sentenze che dimostrino casi di priorità
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del certificato medico
- 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.



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Autocertificazione attestante lo stato vaccinale del minore

In riferimento al primo accesso alla frequenza del servizio educativo

- nido d'infanzia "Villa Modeo"
 nido d'infanzia "Piccolo Blu"

Il sottoscritto genitore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

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

- che il minore ha eseguito tutte le vaccinazioni obbligatorie previste dal calendario vaccinale per l'età del bambino/a
 di impegnarsi a sottoporre la/il bambina/o, per cui presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente (articolo 6, comma 2 dell Legge Regionale 25/11/2016, n. 19 e Legge 31/07/2017, n. 119)

per consentire l'accesso al servizio del minore

- di autorizzare il Comune di Fiorenzuola d'Arda ad acquisire l'idoneità alla frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni, direttamente presso la AUSL di competenza
 di impegnarsi a presentare direttamente al Comune di Fiorenzuola d'Arda il certificato vaccinale entro il 31 luglio 2020

Luogo	Data	Il dichiarante