Amministrazione destinataria

Comune di Montecorvino Pugliano

Ufficio destinatario

Settore affari generali e personale,
servizi demografici e SUAP

Domanda di iscrizione alla scuola dell'infanzia

anno scolastico **/**

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

del bambino

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'iscrizione alla scuola dell'infanzia 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 possedere il seguente ISEE

Importo		Data di rilascio	Data di scadenza
	€		

☑ 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

☐ **componente n. 1**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Stato civile	Rapporto di parentela

☐ **componente n. 2**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Stato civile	Rapporto di parentela

☐ **componente n. 3**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Stato civile	Rapporto di parentela

☐ **componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Stato civile	Rapporto di parentela

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

- [ ] nel proprio nucleo sono presenti persone con disabilità
- [ ] il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
- [ ] esistono fratelli o sorelle che frequentano la scuola dell'infanzia

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

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **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

Qualifica o professione

Presso

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **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 (numero massimo di caratteri: 800)

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.

Montecorvino Pugliano		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**