

# AMBITO TERRITORIALE C05

Comuni di Marcianise, capofila, Capodrise, Macerata Campania, Portico di Caserta, Recale, San Marco Evangelista



## DOMANDA DI ISCRIZIONE – SERVIZI PRIMA INFANZIA ASILO NIDO MARCIANISE E MICRO-NIDO DI RECALE

AL SIGNOR SINDACO  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. abitazione \_\_\_\_\_ tel.

lavoro \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ altro recapito

telefonico \_\_\_\_\_ in qualità di  genitore  tutore  affidatario (Barrare la casella di interesse)

### CHIEDE

l'iscrizione del \_\_\_\_ bambin\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,

- Nido d'infanzia (0-36 mesi) ubicato nel Comune di Marcianise via Catena;
- Nido d'infanzia (0 - 36 mesi) ubicato nel Comune di Recale, Viale dei Pini;

**(Barrare la casella della struttura scelta).**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ si impegna a versare , in via anticipata, entro il giorno 5 di ogni mese, la retta mensile di compartecipazione prevista per la frequenza.

Il pagamento della quota avverrà con seguenti modalità e termini: entro il 5 di ogni mese con bollettino postale o bonifico al seguente IBAN: IT19 Q076 0114 9000 0001 3487 814. E' obbligatoria l'indicazione della seguente causale:

**“Ambito C05. A.S. \_\_\_\_\_, servizio e ubicazione, nome e cognome del/i bambino/i, mese di riferimento”  
con bonifico bancario o pagamento c/c postale**

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art.11, comma 3 del D.P.R. 403/98, quanto segue:

**(barrare le caselle che interessano)**

**CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE**

***Allegare autocertificazione dello stato di famiglia ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000***

FAMIGLIA MONOGENITORIALE

COPPIA CONIUGATA O CONVIVENTE

NUMERO DEI FIGLI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE:

- figlio di età fino a 3 anni

*(escluso il minore per cui si presenta la domanda)*

- figlio da 3 (più 1 giorno) a 6 anni

- figlio da 6 (più 1 giorno) a 13 anni

- figlio da 13 (più 1 giorno) a 16 anni

- figlio gemello

*(Alternativo ai precedenti)*

CONDIZIONI DI INVALIDITA' (allegare il certificato rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili):

-Padre, madre, fratello o sorella del minore invalidi:

Invalidità dal 75% al 100%

Invalidità pari al 100%

-Altro familiare convivente nel nucleo familiare e non ospite in struttura protetta:

Invalidità dal 75% al 100%

Invalidità pari al 100%

**LAVORO DEI GENITORI: PADRE/MADRE**

***Allegare la certificazione di lavoro o l'autocertificazione nei casi previsti dal DPR n. 445 del 28.12.2000 indicante il contratto in essere e l'orario settimanale.***

CONTRATTI DI LAVORO UGUALI O MAGGIORI A 9 MESI:

*Padre Madre*

- Orario inferiore o uguale a 20 ore settimanali

- Orario da 21 a 30 ore settimanali

- Oltre 31 ore settimanali

CONTRATTI DI LAVORO INFERIORE A 9 MESI

*Padre Madre*

- Orario inferiore o uguale a 20 ore settimanali

- Orario da 21 a 30 ore settimanali

- Oltre 31 ore settimanali

COLLABORATORE COADIUVANTE DEL CONIUGE/COLLABORATORE IN IMPRESA FAMILIARE

GENITORE STUDENTE:

*Padre Madre*

*(All'interno di questa voce vengono ricomprese tutte le forme di tirocinio e praticantato non retribuite)*

- Corso annuale con obbligo di frequenza

- Corso annuale senza obbligo di frequenza

- Corso di durata pari o superiore a 6 mesi e inferiore all'anno

GENITORE INOCCUPATO O DISOCCUPATO *Padre*  *Madre*

*(Produrre certificazione per situazione di mobilità; certificato di iscrizione a corsi di formazione per l'anno scolastico corrente, copia della dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un lavoro presentata al Centro per l'impiego)*

**VALORE DELL'I. S. E. E DEL NUCLEO FAMILIARE:**

*Allegare attestazione ISEE in corso di validità*

Di aver preso visione e di accettare quanto contenuto nel Regolamento dell'Ambito C05 per i Servizi Prima infanzia accettando l'eventuale quota di compartecipazione.

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, art. 13**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 Le formiamo le seguenti indicazioni: i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione; il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse; titolare del trattamento è il Comune di Marcianise; Responsabile del trattamento è il Responsabile dei Servizi Sociali. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_