

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 entro il 5 di ogni mese con bollettino postale o bonifico i cui estremi saranno comunicati a seguito della ammissione alla frequenza.

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

- MINORE CON DISABILITA' (PER IL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE)
- FAMIGLIA MONOGENITORIALE
- GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI
- NUMERO DEI FIGLI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

(escluso il minore per cui si presenta la domanda)

- figlio da 0 a 3 anni non compiuti
- figlio da 3 a 6 anni
- figlio da 6 a 14 anni

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

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

Invalidità dall'80% al 100%

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 forniamo 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
