



Amministrazione destinataria

Comune di Colmurano

Ufficio destinatario

Ufficio Segreteria

Domanda di iscrizione alla scuola dell'infanzia

anno scolastico

/

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

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

del bambino

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

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 |
| <input type="text"/> |

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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| € | | |

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

| | | | |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> componente n. 1 | | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> componente n. 2 | | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> componente n. 3 | | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> componente n. 4 | | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap |
| <input type="checkbox"/> il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale |
| <input type="checkbox"/> 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

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 | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

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.

Colmurano

Luogo

Data

il dichiarante