

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI
ANNO EDUCATIVO 202__/202__

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___ a
_____ (___) e residente a _____ (___) in
Via/Piazza _____ n. _____
telefono abitazione _____ cellulare madre _____
cellulare padre _____ altro recapito telefonico (nonno/a, cognato/a)
_____ indirizzo di posta elettronica (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

preso atto delle modalità di funzionamento del Servizio,

C H I E D E

per il/la proprio/a figlio/a _____
nato/a il ___/___/___ a _____ (___)
di usufruire delle strutture Comunali per l'Infanzia dal mese di _____.

Esprime la propria preferenza per il seguente orario di frequenza:

➤ **dal lunedì al venerdì:**

dalle ore 7.30 alle 14.15 (tariffa base € 160,00 + tariffa giornaliera € 3,00)

dalle ore 7.30 alle 17.45 (tariffa base € 195,00 + tariffa giornaliera € 3,50)

➤ **sabato:**

dalle ore 7.30 alle 12.30 (quota aggiuntiva alla tariffa base € 40,00)

(IL SABATO SARA' ATTIVATO SOLO SU RICHIESTA CON UN MINIMO DI 15 BAMBINI)

Firma del richiedente

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ ai sensi degli artt. 46 e 47
DPR 445/2000 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa",
consapevole che **qualora emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti
dichiarazioni decadranno i benefici eventualmente conseguiti e incorrerà nelle sanzioni
penali** previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 secondo cui chiunque rilascia dichiarazioni
mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e quindi sotto la
propria personale responsabilità,

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- che il proprio nucleo familiare è il seguente (in caso di necessità proseguire su altro foglio)

	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Comune residenza	Indirizzo
PADRE					
MADRE					
FIGLIO/A					
FIGLIO/A					
FIGLIO/A					

DI AVER DIRITTO ALLE SEGUENTI RIDUZIONI:

- riduzione del 30% della sola tariffa base alle famiglie residenti con reddito ISEE inferiore ad € 3.500,00 (in tal caso allegare Isee in corso di validità);
- riduzione del 15% della tariffa base alle famiglie anagraficamente con più bambini che frequentano i servizi sopra indicati, dal secondo figlio e successivi.

DI IMPEGNARSI al pagamento della retta mensile dovuta che sarà comunicata ogni mese, consapevole che il mancato pagamento per due mesi consecutivi senza giustificato grave motivo comporterà l'esclusione dal posto di frequenza.

San Salvo, ___/___/_____

Firma del dichiarante

Il/la sottoscritto/a nell'autorizzare codesta Amministrazione ad assumere tutte le informazioni necessarie ad un corretto esame della presente istanza, **si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione delle informazioni fornite.**

Dichiara, ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", di aver ricevuto un'esauriente informativa e di aver preso atto che il trattamento dei dati inerenti riguarderà l'uso legato allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

Consequentemente esprime il proprio consenso al trattamento dei dati stessi ed alla comunicazione dei medesimi ai fini istituzionali dell'Ente, con particolare ed espresso riferimento ai dati sensibili, necessari per la gestione dei rapporti con il Comune di San Salvo e per eventuali comunicazioni dei dati stessi ad altri Enti, Istituti pubblici e scientifici, unicamente perché l'Ente è sottoposto al controllo degli stessi o perché legato da rapporti amministrativi e sanitari.

Autorizza inoltre l'Amministrazione Comunale a pubblicare il nominativo del/la proprio/a figlio/a nella graduatoria per l'accesso al servizio che sarà pubblicata su Internet.

Firma del dichiarante

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI AL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI DEL COMUNE DI SAN SALVO - TEL. 0873/340230 - 0873/340231 DALLE ORE 9 ALLE ORE 13 DAL LUNEDI' AL VENERDI' E NEI GIORNI DI MARTEDI' E GIOVEDI' DALLE ORE 16 ALLE ORE 18.