

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.

Ai fini della compilazione della graduatoria di ammissione

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)

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 GDPR 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 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 DEL GDPR 679/2016

_____, li ____ / ____ / ____

Firma
