

C O M U N E D I C A L A S E T T A

C.A.P. 09011 ** PROVINCIA DI SUD SARDEGNA
C.F.81001650928 - Telef. 0781/ 88780 - Fax 0781/899149
Assessorato alle Politiche Sociali

Spettale Comune di CALASETTA
Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO COMUNALE PER **L'ANNO EDUCATIVO 2025-2026**

La/il sottoscritta/o Cognome e Nome:

In relazione alla domanda di iscrizione all'asilo nido della/del propria/o figlia/o;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

(ai sensi delle disposizioni di cui agli art.46 e 47 del t.u. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al d.p.r.n.445 dle 28.12.2000, consapevole delle sanzioni previste all'art.75 del medesimo t.u. in caso di dichiarazioni false o mendaci)

1) I PROPRI DATI ANAGRAFICI e FISCALI, (validi per l'invio di ogni comunicazione)

Nata/o a	Data di nascita	Nazione (se nato all'estero)
Residente a :	Prov.	Indirizzo e numero civico CAP
CODICE FISCALE:	Recapiti telefonici: (casa) Madre cell: Padre cell: 	e_mail:
Nella sua qualità di : ☐ Genitore ☐ Tutore esercente la potestà genitoriale		

- 2) I DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A per il quale si chiede l'iscrizione, residente con la/il sottoscritta/o, sono i seguenti:

Cognome :	Nome:	Sesso ☐ M ☐ F
Comune di nascita	Data di nascita	Nazione (se nato all'estero)
CODICE FISCALE del/la bambino/a		

DICHIARA INOLTRE CHE IL BAMBINO PER IL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE:

- ☐ è in una situazione di handicap certificato (la certificazione, rilasciata dal competente servizio ASL, dovrà essere consegnata dalla famiglia agli uffici del servizio Sociale)
- ☐ convive ed è residente con un solo genitore in quanto:

3) Convive ed è residente con un fratello e/o sorella disabile ai sensi della legge 104/92, e/o con un genitore con disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 o con invalidità al 100% permanente.

- ☐ Fratello e/o sorella disabile ai sensi della legge 104/92;
- ☐ Genitore con disabilità grave ai sensi dell'art.3 c.3 della L.104/92 o con invalidità pari al 100% permanente.

4) convive ed è residente con n. _____ fratelli/sorelle di età inferiore al 3 anni;

5) convive ed è residente con n. _____ fratelli/sorelle di età inferiore al 6 anni;

6) convive ed è residente con n. _____ fratelli/sorelle di età inferiore al 12 anni;

7) CHE LA CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI E' LA SEGUENTE:

Madre	Padre
Cognome e nome	Cognome e nome
Nata a _____ il _____	Nato a _____ il _____
In condizioni lavorativa ☐ SI ☐ NO Azienda o Ente presso cui lavora	In condizioni lavorativa ☐ SI ☐ NO Azienda o Ente presso cui lavora

- ☐ di **essere in possesso della seguente Attestazione ISEE** che è l'ultima alla data odierna (allegare copia della Attestazione)
- ☐ di **non presentare l'attestazione ISEE** a corredo della presente domanda d'iscrizione, consapevole che la tariffa massima mensile da versare è pari a € 150,00;

(Si indica la tabella relativa alle tariffe da versare per la frequenza al servizio asilo nido, approvata con Delibera di Giunta n.18 del 07/02/2025)

Fascia di reddito ISEE	Retta mensile
1^ fascia da € 0 a € 4.000,00	€ 60,00
2^ fascia da € 4.000,00 a € 8.000,00	€ 88,00
3^ Fascia da € 8.000,01 a € 14.650,00	€ 115,00
4^ Fascia da € 14.650,01 a € 21.000,00	€ 130,00
5^ Fascia da € 21.000,01 e oltre	€ 150,00

DICHIARA INOLTRE

- ☐ Che il minore è affetto da intolleranze alimentari, come da certificazione medica allegata.
- ☐ di aver ricevuto: le informazioni per le iscrizioni, i criteri per la formazione delle graduatorie di ammissione all'Asilo Nido Comunale, le tariffe applicate;

DI ESSERE STATO MESSO A CONOSCENZA CHE:

- la comunicazione di ammissione avverrà con lettera;
- il posto assegnato si considera accettato salvo espressa rinuncia scritta che dovrà essere inviata all'Ufficio Servizi Sociali, sul modulo allegato alla comunicazione di ammissione. La rinuncia all'assegnazione del nido comporta la cancellazione dalle relative graduatorie;

In vista di un eventuale proseguo del servizio mensa si chiede di voler esprimere un'opinione su una possibile adesione al servizio:

- ☐ SI al servizio mensa
- ☐ NO al servizio mensa

Al fine di poter valutare eventualmente la variazione dell'orario d'ingresso e di uscita del minore al servizio Asilo Nido (**Orario ingresso ore 8.15 / orario uscita 13.15**), si chiede di voler indicare il consenso:

- ☐ acconsento all'eventuale orario ingresso ore 8.15 / orario uscita 13.15;
- ☐ Non acconsento all'eventuale orario ingresso ore 8.15 / orario uscita 13.15;

Calasetta li _____

Firma _____
(allegare fotocopia della carta d'identità)

Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs. 30.06.03 n. 196

L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'iscrizione ai nidi d'infanzia,
- b) il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03,
- c) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- d) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- e) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- f) i dati conferiti, compresi quelli sensibili, saranno comunicati per gli adempimenti procedurali a soggetti Pubblici (ASL, INPS, Ministero delle Finanze.),
- g) la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento della domanda d'iscrizione e la esclusione dalla frequenza del servizio Nido;