

RICHIESTA AMMISSIONE ASILO NIDOAl Comune di **CASTELFIDARDO**

Il sottoscritt _____ residente in _____
 Via _____ tel. _____ chiede che il/la proprio/a figlio/a
 nato/a _____ il _____

(per i nati verrà completata entro un mese dalla nascita)

venga ammesso/a a frequentare l'Asilo Nido "Il Girotondo" con orario a:

part – time antimeridiano (dalle ore 7.30 alle 13.00)

part-time antimeridiano (dalle ore 7.30 alle 14.00)

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci decade dai benefici eventualmente concessi ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che la propria famiglia è così composta **(indicare tutti i componenti il nucleo familiare)**:

n.d'ord.	cognome e nome	nascita		rapporto di parentela con il/la dichiarante
		data	luogo	
1				
2				
3				
4				
5				

CONDIZIONE LAVORATIVA**dichiarante**

di essere lavoratore dipendente, come risulta dalla dichiarazione del datore di lavoro, compilata sull'allegato modello;

di essere titolare di impresa iscritta presso la C.C.I.A. di _____ al n° _____ con sede in _____

di essere libero professionista, iscritto all'albo professionale _____ n° iscrizione _____ con studio sito in _____

di essere lavoratore autonomo non iscritto ad un ordine professionale, come risulta dall'allegata copia del contratto di lavoro;

coniuge

che il proprio coniuge _____ è lavoratore dipendente, come risulta dalla dichiarazione del datore di lavoro, compilata sull'allegato modello;

che il proprio coniuge _____ è titolare di impresa iscritta presso la C.C.I.A. di _____ al n° _____ con sede in _____

che il proprio coniuge _____ è libero professionista, iscritto all'albo professionale _____ n° iscrizione _____ con studio sito in _____;

che il proprio coniuge _____ è lavoratore autonomo non iscritto ad un ordine professionale, come risulta dall'allegata copia del contratto di lavoro;

CONDIZIONE SOCIALE

dichiarante

di essere ragazzo/a padre/madre

di essere riconosciuto invalido con almeno il 67% (allegare copia certificato dell'apposita Commissione sanitaria)

coniuge

che il proprio coniuge _____ è riconosciuto invalido con almeno il 67% (allegare copia certificato dell'apposita Commissione sanitaria)

CONDIZIONE ECONOMICA

che il reddito ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) dell'intero nucleo familiare per l'anno 2015, è di € _____ (come risulta dalla dichiarazione allegata).
In caso di dichiarazione ISEE con redditi pari a zero, per l'attribuzione del punteggio l'interessato è tenuto a presentare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante le fonti di sostentamento del nucleo familiare.

SITUAZIONE BAMBINO

che il bambino è orfano di padre

che il bambino è orfano di madre

che il bambino è portatore di handicap (_____)

che il bambino appartiene a famiglia con problemi socio-economici-sanitari che comportano inadeguata assistenza (**la situazione verrà accertata dall'assistente sociale del Comune**)

che il bambino è in affido familiare

gemelli

fratelli con differenza di età di max 18 mesi con famiglia di almeno 3 figli.

Ai sensi della legge 675/96 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data, _____

FIRMA

N.B.

- **BARRARE CON UNA CROCETTA LE VOCI CHE INTERESSANO**
- **ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**
- **ALLEGARE DICHIARAZIONE ISEE redditi anno 2015** (Le dichiarazioni rese potranno essere sottoposte a verifiche e controlli conformemente alla vigente normativa statale in materia, anche in collaborazione con la Guardia di Finanza. Le dichiarazioni false saranno perseguite ai sensi di Legge).
- **ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE.**
La mancata presentazione della dichiarazione ISEE comporta:
- **l'assegnazione del punteggio pari a 0 nella valutazione della situazione economica nucleo familiare;**
- **l'applicazione della tariffa massima, in caso di ammissione.**

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto _____, titolare della Ditta

nella sua qualità di datore di lavoro del/la sig./ra _____

DICHIARA

- di avere alle proprie dipendenze la persona sopraindicata con contratto a tempo

indeterminato/determinato (cancellare la voce che non interessa) fino al _____

e che il luogo di svolgimento dell'attività è nel Comune di _____

_____ indirizzo _____

che l'attività lavorativa viene svolta a TEMPO PIENO per n. _____ ore settimanali;

oppure

che l'attività lavorativa viene svolta a TEMPO PARZIALE per n. _____ ore settimanali
(non superiore alla metà del full-time).

(indicare la voce che interessa)

Data, _____

TIMBRO e FIRMA
