



Comune di Brandizzo

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
AL SERVIZIO NIDO  
D'INFANZIA COMUNALE**

Cod.: MOD-01-UC

Rev.: 5

*Riesame della  
domanda*

*Data* \_\_\_\_\_

*Visto* \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO D'INFANZIA COMUNALE "ELVIRA PAJETTA"**  
**Anno Educativo** \_\_\_\_\_

Istanza contenente dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà e di certificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47, del DPR 28 dicembre 2000, n°445 (disposizioni legislative e regolamentari sulla documentazione amministrativa)

La/Il sottoscritto/a,

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;

- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

*(Segnare con X la risposta e cancellare con una riga le sezioni che non vengono compilate)*

<b>SEZ 1</b>													
<b>DATI DEL RICHIEDENTE</b>													
<i>(persona che compila la domanda in quanto esercita la potestà genitoriale sul/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione)</i>													
relazione con la/il bambina/o	<input type="checkbox"/>	madre	<input type="checkbox"/>	padre	<input type="checkbox"/>	affidatario	<input type="checkbox"/>	tutore	<input type="checkbox"/>	curatore			
cognome						nome							
nata/o il		comune di nascita						prov.					
stato di nascita						cittadinanza							
comune di residenza						prov.			cap				
indirizzo residenza								tel.					
e-mail													
eventuale domicilio (indirizzo) <sup>1</sup>													
comune del domicilio						prov. domic.			cap				
Codice Fiscale													
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%										sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
se sì: accertata da			in data			n° del documento							
<b>SEZ 2</b>													
<b>DATI DEL/LA BAMBINO/A DA ISCRIVERE</b>													
cognome						nome			F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	
nata/o il		ora		comune di nascita									
prov.		stato di nascita				cittadinanza							
comune di residenza								prov.					
indirizzo residenza								cap					
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%										sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
se sì: accertata da			in data			n° del documento							
<b>RICHIESTA D'INSERIMENTO nel mese di</b>						_____							
ETÀ al 1° settembre: _____ mesi						ETÀ al 1° del mese d'inserimento richiesto: _____ mesi							

Note

<sup>1</sup> Indicare l'indirizzo a cui inviare comunicazioni, solo se diverso dalla residenza

SEZ 3 ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO		
Pre-nido <input type="checkbox"/>	Orario Normale (8,30/9-16/16,30) <input type="checkbox"/>	Post-nido <input type="checkbox"/>

**SEZ 4 A L'ALTRO GENITORE DEL/LA BAMBINO/A<sup>2</sup>**  
**(compilare se è il coniuge non legalmente separato o se coabita<sup>3</sup> con la/il dichiarante)**

cognome					nome						
nata/o il			comune di nascita				prov.				
stato di nascita				cittadinanza				stato civile			
comune di residenza						prov.			cap		
indirizzo residenza								tel.			
Codice Fiscale											
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75% sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>											
se sì: accertata da				in data				n° del documento			

**SEZ 4 B IL CONIUGE NON LEGALMENTE SEPARATO DEL/LA DICHIARANTE**  
**(compilare solo se non è stata compilata la sezione 4A, in quanto non è l'altro genitore del/la bambino/a)**

cognome					nome						
nata/o il			comune di nascita				prov.				
stato di nascita				cittadinanza							
comune di residenza						prov.			cap		
indirizzo residenza								tel.			
Codice Fiscale											
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75% sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>											
se sì: accertata da				in data				n° del documento			

**SEZ 5 MANCANZA DI UN GENITORE**  
**(compilare solo se non è stata compilata la sezione 4A o 5B)**

Il dichiarante è unico genitore in quanto:

è vedova/o

è nubile/celibe con figlia/o non riconosciuta/o dall'altro genitore

è nubile/celibe con figlia/o riconosciuta/o dall'altro genitore e non coabita con lo stesso

è divorziata/o dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione (con sentenza n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_), non coabita con tale genitore e non è riconiugata/o

è legalmente separata/o dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione (con sentenza n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_) e non coabita con tale genitore

ha presentato istanza di separazione dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione in data \_\_\_\_\_ al Tribunale di \_\_\_\_\_ Ruolo generale n° \_\_\_\_\_ e non coabita con lo stesso

Note

<sup>2</sup> Se la domanda è presentata dal tutore o affidatario del/la bambino/a, indicare il coniuge o la/il convivente del tutore o affidatario stesso.

<sup>3</sup> Il genitore è coabitante se è iscritto nello stesso stato di famiglia o se, pur non risultando nello stesso stato di famiglia, abita con la/ il dichiarante.

**SEZ 6****ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE**

(presenti nello stato di famiglia del/la bambino/a o dei genitori affidatari o del tutore e non indicati nelle precedenti sezioni)

 stato di gravidanza della madre

cognome		nome	
nata/o il	comune di nascita		
prov.	stato di nascita		
relazione di parentela con il bambino <sup>4</sup>			
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%    sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se sì: accertata da		in data	n° del documento

cognome		nome	
nata/o il	comune di nascita		
prov.	stato di nascita		
relazione di parentela con il bambino			
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%    sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se sì: accertata da		in data	n° del documento

cognome		nome	
nata/o il	comune di nascita		
prov.	stato di nascita		
relazione di parentela con il bambino			
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%    sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se sì: accertata da		in data	n° del documento

cognome		nome	
nata/o il	comune di nascita		
prov.	stato di nascita		
relazione di parentela con il bambino			
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%    sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se sì: accertata da		in data	n° del documento

*Note*

<sup>4</sup> Se la/il bambina/o da iscrivere è in affidamento al dichiarante, indicare convenzionalmente come "sorella" o "fratello" i figli dei genitori affidatari, ai fini dell'assegnazione del punteggio. Analogamente se la domanda è presentata dal tutore.

**SEZ 7 PERSONE IN AFFIDAMENTO O IN TUTELA NON PRESENTI NELLO STATO DI FAMIGLIA<sup>5</sup>**

cognome		nome	
nata/o il	comune di nascita		
prov.	stato di nascita		
comune di residenza			prov.
indirizzo residenza			cap
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%      sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se sì: accertata da		in data	n° del documento

cognome		nome	
nata/o il	comune di nascita		
prov.	stato di nascita		
comune di residenza			prov.
indirizzo di residenza			cap
Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art.3 legge 104/92 o con invalidità = o > 75%      sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se sì: accertata da		in data	n° del documento

**SEZ 8 CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEL/LA RICHIEDENTE**

Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinata/o	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
se sì: denominazione datore di lavoro _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
orario di lavoro _____		
Lavoratrice/lavoratore autonoma/o, coadiuvante o libera/o professionista	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
se sì: P.IVA _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
orario di lavoro _____		
Stato di disoccupazione	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
se sì: dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro al Centro per l'impiego nel Comune di _____		
Prov.		come risulta in data _____
Studente con obbligo di frequenza di 25 o più ore settimanali a.s. _____ <sup>6</sup>	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
se sì: corso/diploma _____		
scuola/istituto/università _____		
Casalinga/o (persona non iscritta al Centro per l'impiego)	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pensionato/a	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

**Note**

<sup>5</sup> Se la/il bambina/o in affidamento o in tutela è quella/o per cui si chiede l'iscrizione, non deve essere compilata questa sezione perché è già stata compilata la sezione 2.

<sup>6</sup> Al momento dell'eventuale ammissione del bambino deve essere presentata autocertificazione dell'effettiva frequenza.

**SEZ 9 CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELL'ALTRO GENITORE<sup>7</sup>**

Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinata/o	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> denominazione datore di lavoro _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
orario di lavoro _____		
Lavoratrice/lavoratore autonoma/o, coadiuvante o libera/o professionista	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> P.IVA _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
orario di lavoro _____		
Stato di disoccupazione	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro al Centro per l'impiego nel Comune di _____		
Prov. _____	come risulta in data _____	
Studente con obbligo di frequenza di 25 o più ore settimanali a.s. _____ <sup>8</sup>	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> corso/diploma _____		
scuola/istituto/università _____		
Casalinga/o (persona non iscritta al Centro per l'impiego)	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pensionato/a	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

**SEZ 10 EVENTUALI FRATELLI FREQUENTANTI O ISCRITTI ALLO STESSO NIDO**

<input type="checkbox"/> Presenza di fratelli/sorelle, già frequentanti il medesimo nido d'infanzia, nell'anno educativo per il quale viene presentata questa domanda di iscrizione. Indicare cognome e nome: _____
<input type="checkbox"/> Presenza di fratelli/sorelle per i quali viene presentata domanda di iscrizione al medesimo nido d'infanzia. Indicare cognome e nome: _____

La/Il sottoscritta/o dichiara di essere a conoscenza che **l'assegnazione del posto avverrà d'ufficio** in relazione al punteggio.

**L'accettazione o la rinuncia** al posto deve essere formalizzata entro due giorni dalla comunicazione effettuata dall'Ufficio Scuola (secondo quanto previsto dall'art. 3.1 del Regolamento Comunale Nido d'Infanzia); la mancata risposta è considerata rinuncia.

Note

<sup>7</sup> S'intende la persona indicata nella sezione 4A o 4B: l'altro genitore coabitante o (se l'altro genitore non è coabitante) il coniuge del dichiarante non legalmente separato. La sezione non deve essere compilata nel caso in cui manchi un genitore (è stata compilata la sezione 5)

<sup>8</sup> Al momento dell'eventuale ammissione del bambino deve essere presentata autocertificazione dell'effettiva frequenza.

**RECAPITI PER COMUNICAZIONI IN CASO DI NECESSITÀ****MADRE**

cognome

nome

indirizzo lavoro

orario di lavoro

tel.

**PADRE**

cognome

nome

indirizzo lavoro

orario di lavoro

tel.

**ALTRE PERSONE**

cognome

nome

indirizzo

tel.

orario di reperibilità

eventuale relazione di parentela con la/il bambina/o

cognome

nome

indirizzo

tel.

orario di reperibilità

eventuale relazione di parentela con la/il bambina/o

**Firma**

data \_\_\_\_\_

(firmare davanti al dipendente dell'ufficio Scuola a cui viene consegnata la domanda)

*Nel caso in cui non si firmi davanti al dipendente incaricato del ritiro della domanda, deve essere allegata copia non autenticata del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.*

**Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Brandizzo che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: [011.9138093](tel:011.9138093) Indirizzo PEC: [protocollo.comune.brandizzo.to@legalmail.it](mailto:protocollo.comune.brandizzo.to@legalmail.it)

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: [info@sistemasusio.it](mailto:info@sistemasusio.it)

Il trattamento viene effettuato con finalità di ammissione al servizio di asilo nido ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera B del Regolamento 2016/679.

I suoi dati potrebbero essere eventualmente trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. I dati conferiti potranno inoltre essere comunicati e diffusi a terzi qualora si renda necessario per l'osservanza di eventuali obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere i suoi diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Privacy qualora ne ravvisi la necessità.

Le comuniciamo che il conferimento dei dati è obbligatorio e che i dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi si sono resi.

Data \_\_\_\_\_

(firma per presa visione)