



Comune di San Giovanni in Marignano

Provincia di Rimini

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____ tel. _____

residente a San Giovanni in Marignano in via _____ n. _____

in qualità di genitore avente la rappresentanza del minore

DATI RELATIVI AL MINORE

_____ nato a _____ (____) il _____

residente a San Giovanni in Marignano in via _____ n. _____

CHIEDE

L'iscrizione del minore sopra indicato all'Asilo Nido Comunale "Pollicino":

- per il solo prossimo anno scolastico (settembre/giugno)
- fino al termine dell'anno scolastico in cui viene compiuto il 3^o anno di età
- per il servizio aggiuntivo estivo
 - mesi di luglio e agosto
 - solo il mese di luglio
 - solo il mese di agosto

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del testo Unico emanato con D.P.R. 26/12/2000 n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARA QUANTO SEGUE:
(barrare le caselle corrispondenti alla propria situazione)

	Si	No	p
Genitori entrambi impiegati in attività lavorativa e/o di studio a tempo pieno o a part-time nelle ore mattutine			4
Gemelli o fratelli con età inferiore a 3 anni			2
Orfani di padre e di madre			6
Figli di genitori separati o divorziati			5
Bambini in affidamento o in adozione			2
Bambini con necessità di socializzazione documentati dall'A.U.S.L. o segnalati dall'Assessorato ai Servizi Sociali			3
Entrambi i genitori con sede di lavoro fuori comune situata ad oltre 20 Km. di distanza			1
Bambini con uno o entrambi i genitori con gravi e documentati problemi di salute che presentano un'invalità pari o superiore al 67%			6
Figli di ragazza madre che non presenti situazioni di convivenza			6
Bambini senza nonni o con nonni in cattivo stato di salute, non residenti nel Comune, impegnati in attività lavorativa e/o in assistenza a familiari invalidi o diversamente abili			2

Data _____

Firma del richiedente

(da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del personale incaricato della ricezione o da inviare unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità)