



COMUNE DI SAN GIOVANNI IN MARIGNANO

Provincia di Rimini

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO D'INFANZIA "POLLICINO"

PROGETTO EDUCATIVO: 8,00 – 12,00

Dai 16 mesi ai 3 anni

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____ Cod. Fiscale _____

Nato a _____ (____) il _____ tel. _____

e-mail _____

Residente a San Giovanni in Marignano in via _____ n° _____

In qualità di _____ genitore _____ avente la rappresentanza _____ del minore

DATI RELATIVI AL BAMBINO

_____ nato a _____ (____) il _____

Residente a San Giovanni in Marignano in via _____ n° _____

CHIEDE

L'iscrizione del bambino sopra indicato al Nido d'infanzia "Pollicino" servizio socio-educativo per la prima infanzia che accoglie bambini e bambine dai 10 ai 36 mesi.

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)

	Situazione	Si	No	Punti
A	Genitori entrambi impegnati in attività lavorativa e/o di studio a tempo pieno part-time nelle ore mattutine (allegare documentazione)			4
B	Gemelli o fratelli con età inferiore ai 3 anni			2
C	Orfani di padre e/o madre			6
D	Figli di genitori separati o divorziati			2
E	Bambini in affidamento o in adozione			2
F	Bambini con necessità di socializzazione documentati dall'AUSL o segnalati dall'Assessorato ai servizi sociali			6
G	Entrambi i genitori con sede di lavoro fuori Comune situata ad oltre 20 Km di distanza (allegare documentazione)			4
H	Bambini portatori di handicap o appartenenti a nuclei familiari in cui uno dei due genitori sia portatore di handicap (invalidità pari o superiore al 67% e comunque pregiudizievole all'equilibrato sviluppo del bambino) (allegare documentazione)			6
I	Figli di ragazza madre che attesti che il padre del bambino non si prende cura del figlio o l'assenza del padre del bambino			6
J	Bambini senza nonni o con i nonni in cattivo stato di salute, non residenti nel Comune o impegnati in attività lavorativa e/o in assistenza a familiari invalidi o diversamente abili			4

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)