



Comune di Acqualagna

Provincia di Pesaro e Urbino

DOMANDA DI AMMISSIONE AL NIDO D'INFANZIA A.SABIN PER L'INTERO CICLO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a: _____ nato a _____ il _____

Il/La sottoscritto/a: _____ nato a _____ il _____

Residente/i in _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

e-mail _____ in qualità di _____

[] entrambi occupati; [] solo uno occupato; [] senza alcuna occupazione (**condizione che deve essere comunicata nel caso muti nel corso di un ciclo scolastico**)

**CHIEDE / CHIEDONO
L'AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO "A. SABIN" DI ACQUALAGNA DI:**

[] _____ nato/a a _____ il _____

[] del futuro nascituro/a la cui nascita è prevista entro il 31 agosto p.v. e precisamente per la data del _____ come da certificazione medica che si allega;

con frequenza:

PART TIME orario 7.30 -13.30 TEMPO PIENO orario 7.30-16.00 TEMPO PIENO orario 7.30-18.30

DICHIARA/DICHIARANO

Ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R.n.445/2000 e successive modifiche, sotto la propria responsabilità:

Situazione del bambino

- Bambino in situazione di handicap (certificazione rilasciata dall'ASUR _____ di _____ in data _____)
- Bambino in situazione di disagio familiare/sociale _____ (salvo conferma da parte del Servizio Sociale del Comune alla Responsabile dei Servizi Educativi)
- Bambino in affido (certificazione rilasciata da _____ di _____ in data _____)
- Di aver preso conoscenza del regolamento comunale approvato con DCC n.11 del 07/05/2020 (pubblicato sul sito);



Comune di Acqualagna

Provincia di Pesaro e Urbino

- Che intende avvalersi delle agevolazioni di pagamento e che in relazione alla situazione economica, il nucleo familiare ha un coefficiente ISEE (redditi 2020) pari ad € _____
- Che NON intende avvalersi delle agevolazioni di pagamento e che pertanto si impegna al pagamento della tariffa massima
- Che il/la bambino/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla vigente normativa (è possibile allegare fotocopia della documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni);
- Di riconoscere che la retta è mensile ed il pagamento dovrà essere evaso entro 30 giorni dall'invio della comunicazione

Il/la sottoscritto/a/i _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, ACCONSENTE/ONO al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari. Di essere informato che il titolare del trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR n.679/2016 è il comune di Acqualagna (PU) e che i dati saranno trattati esclusivamente per le finalità di cui alla presente domanda, che l'informativa completa ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE GDPR N.679/2016 è disponibile sul sito: www.comune.acqualagna.ps.it.

Acqualagna, lì _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Prima dell'ingresso dovranno essere prodotti i seguenti documenti: certificato medico.