



# Comune di Madruzzo

Provincia di Trento  
Piazza Alcide Degasperi 25 (Lasino)  
38076 Madruzzo (TN)  
Tel. 0461 564141 - fax 0461 563040  
e-mail: info@comune.madruzzo.tn.it  
e-mail PEC: comune@pec.comune.madruzzo.tn.it

Protocollo numero

riservato all'Ufficio

## DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO ASILO NIDO

(Dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

NB: compilare in stampatello

**Spett.le Comune di Madruzzo  
SERVIZIO FINANZIARIO**

Il/La sottoscritto/a .....  
residente a ..... via ..... n° .....  
tel..... Cell.....  
mail .....  
in qualità di:       genitore       tutore       affidatario

### CHIEDE

l'ammissione all'Asilo Nido comunale del/la bambino/a:

#### 1. DATI ANAGRAFICI

COGNOME/NOME .....  
nato/a ..... prov. .... il .....  
residente a ..... via ..... n° .....

A tal fine,

### DICHIARA

#### 2. SITUAZIONE FAMILIARE (certificazione anagrafica)

	Cognome	Nome	Data nascita	Residenza	Rapporto parentela con bambino
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**Nel caso di presenza di un solo genitore specificare:**

- per mancato riconoscimento o vedovanza
- per separazione legale, divorzio

**3. SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI**

**PADRE:** ..... nato a ..... prov. (.....) il .....  
**residente a** .....**via**.....**n°**.....  
**C.F.**..... **Tel.** ..... **cell.**.....  
**professione**..... **presso** .....

**MADRE:** ..... nata a ..... prov. (.....) il .....  
**residente a** .....**via**.....**n°**.....  
**C.F.**..... **Tel.** ..... **cell.**.....  
**professione**..... **presso** .....

<b>Tipologia di impiego:</b>	<b>padre</b>	<b>madre</b>
Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupato/a iscritto/a al Centro per l'impiego o altre liste di collocamento (anche private e sempre documentate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studente regolarmente iscritto con obbligo di frequenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Orario di lavoro:**

Occupazione = o > 25 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro a tempo parziale < 25 ore o stagionale o saltuario per un minimo di 4 mesi l'anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione <u>debitamente certificata</u> in cui, per motivi di lavoro, di studio con obbligo di frequenza, uno dei genitori sia assente per più giorni continuativi alla settimana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. SITUAZIONI DI INVALIDITÀ**

Presenza all'interno dello stato famiglia, di componenti in condizioni di disabilità certificata dalle competenti Commissioni sanitarie

Con invalidità dal 50% al 70 %

- Genitore del bambino (o in caso di assenza chi svolge la funzione genitoriale)
- Fratello o sorella
- Altro familiare

Con invalidità dal 71% al 90 %

- Genitore del bambino (o in caso di assenza chi svolge la funzione genitoriale)
- Fratello o sorella
- Altro familiare

Con invalidità superiore al 90 %

- Genitore del bambino (o in caso di assenza chi svolge la funzione genitoriale)
- Fratello o sorella
- Altro familiare

## 5. CONDIZIONI DI PRIORITÀ

- bambino/a con disabilità certificata
- bambino in situazione di svantaggio sociale e culturale attestato da relazione dei servizi sociali

## 6. SITUAZIONE ECONOMICA E PATRIMONIALE

Il punteggio relativo alla valutazione della condizione economico-patrimoniale viene attribuito su base ICEF. I genitori dovranno recarsi presso un CAF abilitato e provvedere al calcolo dell'indicatore per i servizi prima infanzia. Nel caso in cui il nucleo familiare non provveda o ritenga di non produrre l'attestazione ICEF, non viene assegnato alcun punteggio relativamente a questa specifica situazione.

INDICATORE ICEF \_\_\_\_\_ (anno fiscale \_\_\_\_\_) come da attestazione CAF del \_\_\_\_\_

## 7. ADEMPIMENTI VACCINALI

- DICHIARA di essere in regola con gli adempimenti vaccinali
- DICHIARA di ricadere nelle condizioni di esonero
- DICHIARA di avere presentato formale richiesta di vaccinazioni all'Azienda Sanitaria locale

## 8. MANIFESTA L'INTERESSE AL PROLUNGAMENTO ORARIO DALLE 15.30 ALLE 17.30

- SI
- NO

### Allegati:

- Allegato 1: informativa semplificata ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679
- Allegato 2: Estratto dal "Regolamento per la disciplina del sistema dei servizi socio educativi della prima infanzia"
- copia documentazione attestante lo stato di disoccupazione
- copia certificazione di presenza di disagi di lavoro
- copia certificati sanitari rilasciati dalla struttura sanitaria competente
- relazione rilasciata dal Servizio Sociale
- altro.....

**Mi impegno a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni dichiarate nella presente.**

**In caso di mancata comunicazione, queste saranno considerate dall'Amministrazione come omissioni e pertanto perseguite secondo legge comportando altresì la decadenza della domanda.**

Il sottoscritto si dichiara consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, saranno a lui applicate le sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

L'Amministrazione si riserva di operare controlli sulle dichiarazioni sopra rese.

Lì \_\_\_\_\_  
(data di presentazione)

In fede di quanto sopra il dichiarante sottoscrive

\_\_\_\_\_  
(firma)

La presente domanda deve essere presentata direttamente dall'interessato e sottoscritta in presenza dell'incaricato a riceverla esibendo un documento d'identità. Può essere trasmessa anche in altro modo (altro soggetto, mezzo posta), nel qual caso deve essere corredata da fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore.

**Riservata all'ufficio:**

La dichiarazione di cui sopra è stata apposta in mia presenza, previo accertamento dell'identità del sig.\_\_\_\_rilevata dal documento n.\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ a me esibito.

DATA \_\_\_\_\_

L'ADDETTO ALLA RICEZIONE

\_\_\_\_\_

In sostituzione della documentazione richiesta potrà essere resa documentazione sostitutiva di certificazione (artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445). L'Amministrazione si riserva di operare controlli su tali dichiarazioni anche richiedendo all'interessato di presentare la relativa dichiarazione in originale o in copia autentica. Il riscontro di dichiarazioni non veritiere comporta la decadenza della domanda e la conseguente esclusione dalla graduatoria oltre alle sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

**COMUNE DI MADRUZZO**  
**SERVIZIO FINANZIARIO**  
**Informativa semplificata**  
**ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679**

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal Servizio Finanziario per lo svolgimento di funzioni istituzionali in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico.

I dati possono essere oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Madruzzo (di seguito, il "Titolare"), nella persona del legale rappresentante (Sindaco), Piazza Alcide Degasperis n. 25, 38076 – Madruzzo, tel. 0461.564141, fax 0461.563040, e-mail [info@comune.madrruzzo.tn.it](mailto:info@comune.madrruzzo.tn.it), [comune@pec.comune.madrruzzo.tn.it](mailto:comune@pec.comune.madrruzzo.tn.it).

Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail [servizioRPD@comunitrentini.it](mailto:servizioRPD@comunitrentini.it), sito internet [www.comunitrentini.it](http://www.comunitrentini.it) ).

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679. L'informativa completa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 è a disposizione presso il Servizio Finanziario.