



COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
PROVINCIA DI SASSARI

AL SETTORE SOCIO CULTURALE
COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA

- SERVIZIO EDUCATIVO MICRONIDO-
Anno educativo 2020/2021

RICHIESTA PRESTAZIONI DEL SERVIZIO

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

residente in Sant'Antonio di Gallura, via _____ n. _____

C.F. _____ Telefono _____

GENITORE DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

nat_____a _____ il _____

residente a Sant'Antonio di Gallura, via _____ n. _____

C.F. _____

Figli__ unico (in caso positivo segnalare con segno di X)

CHIEDE

Di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio educativo micronido per l'anno educativo 2020/2021.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che il minore:

- ha una certificazione di disabilità riconosciute o difficoltà nello sviluppo neuropsicomotorio e certificata dal competente servizio dell'A.S.L. territoriale;
- è orfano di entrambi i genitori;
- convive con genitori entrambi lavoratori full-time con regolare contratto;
- convive con un solo genitore (monogenitoriale) impegnato in attività lavorativa con regolare contratto ;
- convive con un fratello e/o una sorella e/o genitore con disabilità grave (grado d'invalidità non inferiore al 100%);
- convive con genitori entrambi lavoratori di cui uno part-time con regolare contratto;
- convive con genitori entrambi lavoratori part-time con regolare contratto;
- è in carico ai servizi sociali inseriti in un percorso di aiuto

DICHIARA ALTRESI'

- la presenza nel nucleo familiare di due figli di età inferiore ai 3 anni;
 - la richiesta di iscrizione di bambini gemelli;
 - che il minore ha frequentato nell'anno educativo precedente servizi per l'infanzia;
-

Dichiara inoltre

Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Cognome	Nome	Luogo data di nascita e residenza	Grado di parentela	Condizione occupazionale

Che il proprio figlio/a minore:

- non è affetto/a da allergie o intolleranze alimentari
- è affetto/a da intolleranza alimentare (specificare quale):

- è affetto/a da allergia alimentare (specificare quale):

- Di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale potrà effettuare controlli per accertare la veridicità di quanto auto-dichiarato.
- di essere in regola con i pagamenti di eventuali servizi comunali usufruiti. In caso di morosità, il debito dovrà essere sanato prima della presentazione della domanda.

CHIEDE

Di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio educativo micronido per l'anno educativo 2020/2021.

Allega

- Attestazione ISEE 2020;
- Documento di riconoscimento del richiedente;
- Eventuale certificazione medica attestante invalidità, intolleranze e allergie;

- I genitori autorizzano, per tutte le finalità connesse all'espletamento del servizio, il trattamento, l'elaborazione e la comunicazione esterna delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi della normativa vigente sulla privacy.
- Il Comune di Sant'Antonio di Gallura gestirà il trattamento dei dati con la dovuta riservatezza e nel rispetto della normativa vigente.

Sant'Antonio di Gallura, li _____

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)
