

AL NIDO D'INFANZIA di

Via Gallura

Via Botticelli

Via Lupacciolu

(si può indicare più di una struttura, con la preferenza in ordine numerico)

DICHIARA

ai fini della formulazione della graduatoria che sarà predisposta secondo le priorità di cui all'art. 4 del regolamento comunale per il servizio Nidi d'Infanzia, approvato con Deliberazione C.C. n°11 del 23.11.2016

- bambine e bambini/o che presentino una situazione di disabilità riconosciuta e certificata dal competente servizio dell'Azienda A.S.L. territoriale;
- bambine e bambini il cui nucleo familiare presenti una situazione socio- ambientale disagiata, seguita e segnalata con richiesta scritta dai Servizi Sociali operanti presso le strutture pubbliche territoriali, per i quali l'inserimento al Nido rappresenti parte essenziale del progetto di sostegno ai piccoli ed alle loro famiglie;
- bambine e bambini orfani di entrambi i genitori;
- bambine e bambini conviventi e residenti con un solo genitore, impegnato in attività lavorativa e/o di studio* ,esclusivamente nei seguenti casi: unico genitore che l'ha riconosciuto, o l'altro genitore è deceduto o detenuto in carcere o ha perso la potestà genitoriale;
- bambine e bambini conviventi e residenti con un fratello e/o una sorella e/o un genitore con disabilità grave certificata ai sensi della legge 104/92, art.3 comma 3;
- bambine e bambini conviventi e residenti con entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa dei quali uno lavori stabilmente fuori dal territorio comunale, con permanenza diurna e notturna nel luogo di lavoro;
- bambine e bambini con entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa ;
- bambine e bambini con entrambi i genitori di cui uno solo impegnato in attività lavorativa;
- bambine e bambini con fratellini/sorelline conviventi di età inferiore ai sei anni;
- bambine e bambini con i genitori non impegnati in attività lavorativa e /o di studio*

Data _____

Firma* _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Copia fotostatica di valido documento di riconoscimento* ;
- Certificazione sanitaria rilasciata dal competente servizio della A.S.L. territoriale attestante la disabilità o la difficoltà nello sviluppo neuro psicomotorio del/la bambino/a;
- Certificazione sanitaria rilasciata dal competente servizio della A.S.L. territoriale attestante la disabilità grave di genitori, fratelli o sorelle del/la bambino/a, certificata ai sensi della Legge 104/92, art.3, comma3;
- Dichiarazione attestante ulteriori stati, qualità personali e fatti, utili ai fini della determinazione della graduatoria.

Data _____

Firma * _____

** Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/00 se la firma viene apposta in presenza del funzionario incaricato a ricevere la domanda, non è necessario allegare la fotocopia del documento di riconoscimento.*

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

genitore del piccolo/a _____ nato a _____ ()

il _____ C.F.: _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che la propria famiglia è così composta *:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, ecc.)

- che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione **ISEE** rilasciata da _____, è pari € _____

- che l'indicatore della situazione economica **ISE** è il seguente € _____

- che il valore della scala di equivalenza applicato è il seguente _____

- che l'attestazione ISEE è stata sottoscritta il _____ con scadenza in data _____

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma* _____

***Dati su attività lavorativa dell'altro genitore NON CONVIVENTE:**

In caso di lavoro AUTONOMO:

*Professione _____ *sede legale: _____

*Partita IVA _____ *Posizione _____

In caso di lavoro DIPENDENTE :

*Datore di lavoro/Ente/Ditta/ _____
_____ Telefono _____

indirizzo * _____ Comune _____ P.IVA _____

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma* _____