**DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILI NIDO COMUNALI**

**Anno Educativo 2024/2025**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Ai fini dell’accoglimento della presente domanda, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione perderò i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall’art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità dichiaro quanto segue.

SEZIONE 1 – DATI DI ISCRIZIONE

**I/IL SOTTOSCRITTI/O IN QUALITA’ DI:**

 **Genitore**  **Tutore Legale (allegare decreto del Tribunale)**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° \_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Genitore**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° \_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO EMAIL DOVE RICEVERE LA CORRISPONDENZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE/CHIEDONO L’ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO/A O MINORE IN AFFIDAMENTO**

 (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza: Italiana  Altra Nazionalità (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_

 che la data presunta del parto è il : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (**allegare certificazione medica attestante la data presunta del parto)**

**ALL’ASILO NIDO COMUNALE GESTITO DALLA ALBASERVIZI AZIENDA SPECIALE**

**(indicare una sola preferenza):**

 Via Pompeo Magno in Albano Laziale  Via Romania in Cecchina di Albano Laziale

AL SEGUENTE ORARIO:

  TEMPO CORTO 7.00/13.00

   TEMPO LUNGO 7.00/16.00

 TEMPO PROLUNGATO (CONDIZIONATO AL RAGGIUNGIMENTO DI UN MINIMO DI N. 7 BAMBINI PER OGNI SEZIONE)

  7.00/17.00

  8.00/18.00

(Ogni bambino può frequentare il nido per un massimo di dieci ore giornaliere)

SEZIONE 2 – DATI FISCALI

**LA FATTURA MENSILE VERRA’ EMESSA AL GENITORE CHE EFFETTUA IL PAGAMENTO AI FINI DELLE DETRAZIONI FISCALI/EVENTUALI BONUS.**

**QUALORA CI SIA LA VOLONTA’ DI MODIFICARE L’INTESTATARIO DELLA FATTURA VOGLIATE FAR PERVENIRE COMPILATO ENTRO IL 10 DEL MESE CORRISPONDENTE AL PAGAMENTO DELLA RETTA, APPOSITO MODELLO (ALLEGATO 6).**

**INSERIRE DI SEGUITO I DATI DI CHI EFFETTUA IL VERSAMENTO AI FINI DELLE DETRAZIONI FISCALI/EVENTUALI BONUS:**

**NOMINATIVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SEZIONE 3 – CRITERI DI PUNTEGGIO AI FINI DELLA GRADUATORIA

Ai fini dell’attribuzione del punteggio per la graduatoria come previsto da Regolamento di gestione Asili Nido Comunali approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 14 del 25/03/2024, il/la bambino/a si trova in una delle seguenti situazioni:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CRITERI DI PUNTEGGIO AI FINI DELLA GRADUTORIA**  | **PUNTI ASSEGNABILI** |
|  | **Bambino/a con disabilità o con bisogni educativi speciali.**   *\*Allegare il verbale della Commissione Medico Legale o certificato provvisorio (legge 104/92), oppure certificazione rilasciata da strutture sanitarie pubbliche (esclusivamente ASL e/o Enti ospedalieri).* | PRIORITA' \* |
|  | **Bambino/a con situazione familiare sociale e/o economica particolarmente gravosa, documentata e comprovata da una relazione del Servizio Sociale Comunale o dalla competente Struttura sociosanitaria della ASL territoriale o da enti ospedalieri pubblici.**  *\* Allegare certificazione. Si considerano ricompresi in tale categoria anche bambini orfani di entrambi i genitori, la condizione di detenzione di uno o di entrambi i genitori, orfani di femminicidio, altre situazioni familiari individuate dai Comuni, dai consultori, dalle case famiglia, dalle case rifugio o dai centri anti violenza di cui alla legge regionale 19 marzo 2014, n. 4 (Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna) e successive modifiche.* | PRIORITA' \*\* |
|  | **Bambino/a che appartiene a famiglia monoparentale:**   *Riconosciuto da uno solo dei due genitori oppure orfano di uno dei due genitori o figlio di "genitori separati" (anche se non coniugati e non conviventi), in possesso di atto formale di affido esclusivo* ***(allegato atto del Tribunale)*** *e convivente con un solo genitore.* | 12 |
|  | **Bambino/a con genitore in condizioni di disabilità o invalido**  (minimo 74% o L.104/92 art. 3 comma 3) | 10 |
|  | **Bambino/a appartenente a nucleo familiare in cui siano presenti membri effettivamente conviventi in condizioni di disabilità o invalidi, esclusi i genitori**  (min. 74% o L. 104 art. 3 comma 3) | 5 |
|  | **Bambini gemelli n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_** (incluso l'aspirante) | 3 (per ciascun gemello incluso l'aspirante) |
|  | **Bambino/a con fratello/sorella da 0 a 3 anni** (non compiuti) | 2 (ogni fratello/sorella) |
|  | **Bambino/a con fratello/sorella da 3 ( compiuti) a 14 anni** (non compiuti) | 1 (ogni fratello/sorella) |
|  | **Bambino/a con genitori lavoratori a tempo pieno/Lavoratore autonomo**  *(anche separati, non coniugati e non conviventi)* | 10 (per ogni genitore lavoratore) |
|  |  **Bambino/a con genitori lavoratori a part-time oltre alle 30 ore settimanali**   *(anche separati, non coniugati e non conviventi)* | 8 (per ogni genitore lavoratore) |
|  | **Bambino/a con genitori lavoratori a part-time oltre le 24 ore fino alle 30 ore settimanali**   *(anche separati, non coniugati e non conviventi)* | 7 (per ogni genitore lavoratore) |
|  | **Bambino/a con genitori lavoratori a part-time oltre le 18 ore fino alle 24 ore settimanali**   *(anche separati, non coniugati e non conviventi)* | 6 (per ogni genitore lavoratore) |
|  | **Bambino/a con genitori lavoratori a part-time fino alle 18 ore settimanali**   *(anche separati, non coniugati e non conviventi)* | 5 (per ogni genitore lavoratore) |
| **\*** ai fini della stesura della graduatoria tale priorità verrà rappresentata attribuendo 8 punti in più rispetto al punteggio massimo ottenuto dagli altri in graduatoria**\*\*** ai fini della stesura della graduatoria tale priorità verrà rappresentata attribuendo 6 punti in più rispetto al punteggio massimo ottenuto dagli altri in graduatoria |

SEZIONE 4 –NUCLEO FAMILIARE

 Che lo stato di famiglia è così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **TITOLO DI PARENTELA (rispetto al bambino/a)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

SEZIONE 5 – DICHIARAZIONI

 Che il minore è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla Legge  SI NO

 Di aver preso visione dei criteri di punteggio per la formulazione delle graduatorie e di accettarne le condizioni.

 Di essere consapevole che i requisiti dichiarati devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda

 Di aver preso visione e di accettare il Regolamento di Gestione degli Asili Nido Comunali, della Carta dei Servizi e relativi allegati, tra cui, le Regole di comportamento e le Norme Igienico – Sanitarie degli Asili Nido Albaservizi pubblicati sul sito [www.albaservizi.it](http://www.albaservizi.it/);

 Di aver preso visione dell'informativa dei genitori (ALLEGATO 1) e dichiarano di accettarla e si impegnano nei confronti dell’Albaservizi Azienda Speciale a rispettare tutte le successive norme che regolano la gestione e il funzionamento degli Asili Nido;

 Di aver preso visione dell'informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. n. 679/2016 (ALLEGATO 2), dei moduli di cui agli allegati 3-4-5.

Ai sensi degli articoli 4 e 20 della L. 4/1/68 i sottoscritti dichiarano fin d’ora di accettare le norme che regolano il funzionamento del Nido.

Albano Laziale, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Genitore/Tutore Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE:**

* ALLEGATO 1 – INFORMATIVA GENITORI 2024/2025
* ALLEGATO 2 – INFORMATIVA PRIVACY
* ALLEGATO 3 - MODULO RICORSO
* ALLEGATO 4 - AUTODICHIARAZIONE SITUAZIONE LAVORATIVA
* ALLEGATO 5 - RICHIESTA DI MODIFICA/RINUNCIA DI FREQUENZA
* ALLEGATO 6 – RICHIESTA DI MODIFICA INTESTATARIO FATTURA