**DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILI NIDO COMUNALI**

**Anno Educativo 2025/2026**

**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

**Dichiaranti (da compilare in stampatello da parte di entrambe i genitori o dal tutore/affidatario del minore):**

**DICHIARANTE 1** - In qualità di:  **Genitore**  **Tutore Legale (allegare decreto del Tribunale)** **Affidatario**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a a |  | Il |  |
| Residente nel Comune di  |  | Prov. |  |
| Via/Piazza  |  | N° |  |
| Telefono |  | Cellulare |  |
| Codice fiscale |  |

**DICHIARANTE 2** - In qualità di:  **Genitore**  **Tutore Legale (allegare decreto del Tribunale)** **Affidatario**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a a |  | Il |  |
| Residente in Via/Piazza  |  | N° |  |
| Comune  |  | Prov. |  |
| Telefono |  | Cellulare |  |
| Codice fiscale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDIRIZZO EMAIL DOVE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:** |  |

**CHIEDE/CHIEDONO L’ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI ASILO NIDO PER:**



|  |  |
| --- | --- |
| Il/La bambino/a |  |
| Nato/a a |  | Il |  |
| Residente nel Comune di  |  | Prov. |  |
| Via/Piazza  |  | N° |  |
| Codice fiscale |  |
| Cittadinanza |  Italiana  Altra Nazionalità (specificare) |

 (per chi nascerà entro il 31/05/2025)

|  |  |
| --- | --- |
| 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):**

 Pompeo Magno in Albano Laziale  PLUS in Cecchina

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 o  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 (RICHIESTA VARIAZIONE INTESTATARIO FATTURA) pubblicato sul sito istituzionale** [**www.albaservizi.it**](http://www.albaservizi.it) nella sezione **“SERVIZI” (**[**https://albaservizi.it/servizi/asilo-nido-albano/**](https://albaservizi.it/servizi/asilo-nido-albano/)**) .**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMINATIVO** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **INDIRIZZO DI RESIDENZA** |  |
| **EMAIL** |  |

SEZIONE 3 – 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 4 – 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 **(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 5 – AUTODICHIARAZIONE SITUAZIONE LAVORATIVA

(rilasciata ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

**DICHIARANTE 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME  |  |

Consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazione mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**SE LAVORATORE DIPENDENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Di prestare servizio presso l’Azienda/Ente Istituto |  |
| Con sede nel Comune di: |  | Prov. |  |
| Indirizzo |  | Tel. |  |
| Email |  |
| P.Iva/Cod. Fiscale |  |
| Con contratto di lavoro: |  a tempo indeterminato  a tempo determinato con scadenza:  |  |
| Con tipologia di orario: |  a tempo pieno  part-time n. ore settimanali:  |  |

**SE LAVORATORE AUTONOMO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Di essere lavoratore in proprio in qualità di |  |
| Con sede nel Comune di: |  | Prov. |  |
| Indirizzo |  | Tel. |  |
| Email |  |
| P.Iva/Cod. Fiscale |  |
| Orario di lavoro: |  |  |

**DICHIARANTE 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME  |  |

Consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazione mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**SE LAVORATORE DIPENDENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Di prestare servizio presso l’Azienda/Ente Istituto |  |
| Con sede nel Comune di: |  | Prov. |  |
| Indirizzo |  | Tel. |  |
| Email |  |
| P.Iva/Cod. Fiscale |  |
| Con contratto di lavoro: |  a tempo indeterminato  a tempo determinato con scadenza:  |  |
| Con tipologia di orario: |  a tempo pieno  part-time n. ore settimanali:  |  |

**SE LAVORATORE AUTONOMO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Di essere lavoratore in proprio in qualità di |  |
| Con sede nel Comune di: |  | Prov. |  |
| Indirizzo |  | Tel. |  |
| Email |  |
| P.Iva/Cod. Fiscale |  |
| Orario di lavoro: |  |  |

Albano Laziale, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DICHIARANTE 1 FIRMA DICHIARANTE 2

 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEZIONE 6 – DICHIARAZIONI

I sottoscritti dichiarano inoltre:

1. Che il minore è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla Legge:  SI NO
2. Di aver preso visione del Bando per l’iscrizione al servizio di Asilo Nido e dichiarano di accettarne le condizioni, e si impegnando nei confronti dell’Albaservizi Azienda Speciale a rispettare tutte le successive norme che regolano la gestione e il funzionamento degli Asili Nido;
3. Di essere consapevole che i requisiti dichiarati devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda;
4. 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/);
5. Di aver preso visione dell'informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. n. 679/2016 pubblicati sul sito [www.albaservizi.it](http://www.albaservizi.it).

Albano Laziale, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DICHIARANTE 1 FIRMA DICHIARANTE 2

 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEZIONE 7 – INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti sono informati, ai sensi del D.Lgs n. 196/2023 e del “Regolamento (UE) 2016/679 “regolamento Generale sulla Protezione dei Dati” (GDPR), che I dati forniti con il presente modulo sono oggetto di trattamento svolto, con o senza l’ausilio di strumenti informatici, nel pieno rispetto della normative richiamata e degli obblighi di riservatezza per poter formulare una valutazione dell’intervento proposto e richiesto.

I sottoscritti acconsentono esplicitamente all’utilizzo dei dati da parte dell’Albaservizi Azienda Speciale che si riserva anche di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni di legge vigenti.

Letto, confermato e sottoscritto.

 Albano Laziale, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DICHIARANTE 1 FIRMA DICHIARANTE 2

 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI ALLEGANO ALLA PRESENTE IN FORMATO PDF:**

1. **Documenti obbligatori:**
* Fotocopia dei documenti di identità dei dichiaranti;
* Eventuale Decreto del Tribunale;
* SOLO PER I NASCITURI- Certificazione medica attestante la data presunta del parto.
1. **Documenti (nel caso siano stati dichiarati) ai fini dell’attribuzione del punteggio e della riduzione delle rette:**

 verbale della Commissione Medico Legale o certificato provvisorio (legge 104/92), oppure certificazione rilasciata da strutture sanitarie pubbliche (esclusivamente ASL e/o Enti ospedalieri);

 Documentazione rilasciata del Servizio Sociale Comunale o dalla competente Struttura sociosanitaria della ASL territoriale o da enti ospedalieri pubblici dove attesti la situazione familiare sociale e/o economica particolarmente gravosa;

 documento idoneo a comprovare l’effettiva mancanza di una delle figure genitoriali in copia conforme (solo in caso di nucleo familiare monoparentale);

 Certificato di invalidità attestante la disabilità del genitore o membri facente parte del nucleo familiare accertata clinicamente con certificazione dell’ASL di residenza;

 ISEE anno in corso: in caso di bambini riconosciuti da entrambi i genitori che risultino non coabitanti nello stesso nucleo familiare la dichiarazione ISEE deve essere accompagnata dal certificato di prestazione dell’altro genitore ISEE integrato, ISEE minori.

**N.B. ATTENZIONE!! NON SARANNO RITENUTE VALIDE LE DOMANDE PRIVE DI FIRME E/O DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO NON IN CORSO DI VALIDITA’.**