

Allegato A

ANNO EDUCATIVO 2025-2026

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO COMUNALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai fini dell'accoglimento della presente domanda, io sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____

padre/madre del bambino _____

n. tel./cell.genitori o altra persona di riferimento _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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, il dichiarante perderà 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 mia responsabilità dichiaro quanto segue:

DATI DEL BAMBINO

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

C.F. _____

Religione del bambino _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

N. PROT. _____

DATA _____

ISEE _____

SCADENZA _____

FASCIA _____

RESIDENTE NON RESIDENTE

ESONERO DISABILITA' ISEE < 50.000

RIDUZIONE DISABILITA' ISEE > 50.000

Punteggio _____

Accettazione

NUCLEO FAMILIARE

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela con il bambino (padre, madre, fratello, ecc.)
1)		
2)		
3)		
4)		

5)		
6)		
7)		

SCELTA DEL TIPO DI SERVIZIO:

- A) TEMPO PARZIALE
- B) TEMPO PIENO

SITUAZIONE DEL BAMBINO *(Barrare la casella interessata)*

- ☐ Continuità didattica;
- ☐ Bambino portatore di handicap con certificazione ASL;
- ☐ Bambino in situazione di fragilità familiare seguita dal servizio sociale comunale;
- ☐ Bambino in affido temporaneo, preadottivo e adozione;
- ☐ Bambini appartenenti a nucleo monoparentale ossia nucleo incompleto o dissociato in cui manchi effettivamente la figura materna o paterna.

SITUAZIONE DELLA FAMIGLIA

- ☐ Famiglia monoreddito;
- ☐ Convivente non autosufficiente bisognoso di assistenza costante attestata da certificazione c.s.;
- ☐ Madre in gravidanza attestata da certificazione sanitaria
- ☐ Fratelli da 0 a 3 anni _____ (specificare il numero, ad esclusione del bambino per il quale si presenta domanda);
- ☐ Fratelli da 4 a 13 anni _____ (specificare il numero);
- ☐ Fratelli da 14 a 18 anni _____ (specificare il numero).

ATTIVITÀ DEL GENITORE

Nome e cognome _____ nato a _____ il _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ Via _____

NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA

- ☐ Disoccupato
- ☐ Casalingo/a
- ☐ Studente non occupato

SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA

L'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso l'Ente, Ditta, ecc. _____ Tel. n. _____
_____ con sede abituale di lavoro a _____ e orario di lavoro:

- ☐ A tempo pieno
- ☐ Part-time

ATTIVITÀ DELL'ALTRO GENITORE

Nome e cognome _____ nato a _____ il _____
Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____
Residente nel Comune di _____ Via _____

NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA

- ☐ Disoccupato
- ☐ Casalingo/a
- ☐ Studente non occupato

SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA

L'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso l'Ente, Ditta, ecc. _____
Tel. n. _____ con sede abituale di lavoro a _____ e orario di lavoro:

- ☐ Part-time
- ☐ Tempo pieno

ALLEGATI

1. Fotocopia documento d'identità e codice fiscale del dichiarante;
2. Attestazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità al momento dell'iscrizione o dichiarazione per coloro che superano la fascia di reddito di € 50.000,00;
3. Fotocopia del libretto delle vaccinazioni obbligatorie;
4. Una dichiarazione del datore di lavoro riguardo l'orario di lavoro di entrambi i genitori o autocertificazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza:

- Che dovrà provvedere al pagamento della retta, per il suddetto servizio, alle condizioni e alle modalità prescritte e determinate dall'Amministrazione;
- Che dovrà provvedere al pagamento dell'intera retta mensile senza alcun diritto di rimborso nel caso di rinuncia nel corso del mese;
- Che provvederà al pagamento delle rette fino alla scadenza dell'anno scolastico in corso, qualora la rinuncia avvenga per qualsiasi motivo dopo il mese di febbraio;
- Che non richiederà alcuna riduzione per eventuali assenze saltuarie anche se protratte per più giorni nell'arco dell'anno scolastico in corso;
- Che pagherà la retta mensile anche in caso di assenza per malattia del bambino;
- Che è consapevole in caso di mancato pagamento della tariffa si procederà alla sospensione del servizio e comunque al recupero di quanto dovuto e nelle forme previste dalla legge.
- Che presenterà il certificato medico specialistico qualora fossero necessarie variazioni al menù per allergie, intolleranze alimentari, etc.;
- Che nel caso di domanda incompleta la stessa sarà ritenuta nulla;
- Che la mancata sottoscrizione del presente atto comporta la non accogliibilità della domanda di ammissione.
- Che autorizza l'Ente, al trattamento dei dati personali ai fini delle procedure d'ufficio per il servizio in argomento.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) e del D.Lgs 196/2003, autorizza l'uso dei dati personali inseriti nel presente modulo e che gli stessi sono trattati dal Comune di Ponza in qualità di Titolare del trattamento, nell'ambito dell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri.

Fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta il trattamento dei dati forniti direttamente dagli interessati o comunque acquisiti per le suddette finalità, è effettuato dal Settore Servizi Sociali del Comune di Ponza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate da persone autorizzate e impegnate alla riservatezza. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi impedisce di dar corso alla richiesta oggetto della presente domanda, nonché a tutti gli altri adempimenti connessi o conseguenti. I dati saranno conservati per il tempo necessario alla gestione del procedimento, fermo restando gli obblighi in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi.

I trattamenti saranno effettuati dal personale del Comune di Ponza nell'ambito del procedimento amministrativo. I dati non saranno oggetto di diffusione o di comunicazione a terzi salvo i casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione Europea.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento se incompleti o erranei e la cancellazione se sussistono i presupposti, nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo la richiesta a:

- Comune di Ponza, in qualità di Titolare del trattamento, mediante indirizzo e-mail: servizisociali@comune.ponza.lt.it oppure mediante l'indirizzo PEC: servizisocialiponza@pec.it

FIRMA DEL DICHIARANTE

Ponza, lì
