

Al Signor Sindaco del Comune di Santa Elisabetta
Al Dirigente Settore Servizi Sociali

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente a _____ via _____ n° _____

C.F. _____, tel./ cell. _____

E io sottoscritta _____ nata a _____

Il _____ C.F. _____, tel./ cell. _____
rispettivamente padre e madre esercenti la patria potestà o affidatari o tutori

CHIEDONO

Alla S.V. di voler ammettere, con riserva alla frequenza dell'Asilo Nido Comunale per il periodo novembre 2026 – giugno 2027

Il /la propri_ figli_ _____ Nat_ a _____ il _____

DICHIARANO

Di essere consapevole che l'ammissione viene effettuata secondo l'esito della graduatoria secondo i criteri previsti nel relativo avviso pubblico.

SI OBBLIGANO

A versare alla fine di ogni mese per il successivo la quota di compartecipazione al costo del servizio nella misura stabilita dall'Amministrazione Comunale.

DICHIARANO ALTRESÌ

Ai sensi e per gli effetti della L.445/2000, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 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).

L'Amministrazione si riserva di effettuare le relative verifiche.

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME/ NOME	LUOGO DI NASCITA /DATA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA

Di essere residenti nel Comune di Santa Elisabetta in via _____ n° _____

Dichiarano di essere in possesso dei seguenti requisiti:

TABELLA DI AUTODICHIARAZIONE DEI REQUISITI

CRITERIO	CONDIZIONE DICHIARATA
Posizione lavorativa	☐ ☐ Lavoratore/trice precario/a
	☐ ☐ Lavoratore/trice dipendente
	☐ ☐ Lavoratore/trice autonomo/a
	☐ ☐ Disoccupato/a
Luogo di lavoro	☐ ☐ Attività lavorativa esterna al Comune di Santa Elisabetta e in ambito provinciale
	☐ ☐ Attività lavorativa in altra regione
Orario di lavoro settimanale	☐ ☐ Fino a 20 ore
	☐ ☐ Da 21 a 36 ore
	☐ ☐ Oltre 36 ore
Figli a carico	☐ Figlio/a di età inferiore a 3 anni
	☐ Numero di figli di età inferiore a 3 anni
	☐ Figlio/a di età superiore a 3 anni e fino a 14 anni
	☐ Numero di figli di età superiore a 3 anni e fino a 14 anni
Altri criteri	☐ Grave malattia di un genitore o fratello/sorella che impedisce di accudire il bambino
	☐ Presenza di parente convivente entro il 3° grado con invalidità del 100% e necessità di assistenza continua

inserire X nella voce interessata)

Allegano i seguenti documenti:

- Attestazione ISEE rilasciata dagli uffici abilitati, in corso di validità;
- Copia contratto di lavoro dei genitori in corso di validità;
- Documentazione attestante l'assolvimento degli obblighi vaccinali del minore (Legge n. 119/2017);
- Copia carta d'identità e codice fiscale dei genitori/affidatari/tutore;
- Copia codice fiscale del bambino;
- Certificazione rilasciata dall'ASP per i bambini con disabilità;

Santa Elisabetta li

Firma
