Al Comune di San Damiano d’Asti

 Servizi Sociali

 Piazza Libertà n. 2

 14015 SAN DAMIANO D’ASTI (AT)

 PEC: san.damiano.dasti@cert.ruparpiemonte.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL MICRO-NIDO COMUNALE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445**

 Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E

 Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDONO l'iscrizione del/della proprio/a figlio/a

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al micro-nido comunale nell’anno educativo 2025/2026 con la seguente frequenza:

* Tempo pieno: 8.00 – 16.00
* Part-time: 8.00 – 12.30 (pranzo incluso)

Dichiarano di essere eventualmente interessati altresì ai seguenti moduli *(che verranno attivati solo in presenza di un numero minimo di iscritti):*

* Dalle 7.30 alle 8.00
* Dalle 16.00 alle 17.30
* Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D I C H I A R ANO

* Che il/la figlio/a è stato sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie *(e si impegnano a produrre certificato vaccinale su richiesta dell’ente gestore)*
* Che il nucleo familiare è composto da:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **DATA NASCITA** | **GRADO PARENTELA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 • che l’attività lavorativa della MADRE è la seguente:

* lavoratrice dipendente presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* lavoratrice autonoma *(specificare):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 • che l’attività lavorativa del PADRE è la seguente:

* lavoratore dipendente presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* lavoratore autonomo *(specificare):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARANO inoltre

* di aver preso visione dei contenuti del REGOLAMENTO DEL SERVIZIO MICRONIDO COMUNALE, approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 7 del 19/02/2025, che ci è stato consegnato, e di accettarlo in ogni sua parte;
* di essere a conoscenza delle tariffe per la frequenza relative all’ anno educativo 2025/2026 approvate con Deliberazione della Giunta Comunale n. 25 del 11/02/2025, che sono di seguito riportate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INTERA** | **PART TIME** |
| **Fino a € 10.632,94** | € 290,00 | € 230,00 |
| **Fino a € 17.620,00** | € 380,00 | € 300.00 |
| **Fino a € 25.000, 00** | € 410,00 | € 330,00 |
| **Fino a € 40.000,00** | € 430,00 | € 340,00 |
| **Oltre € 40.000,00**Senza ISEENon residenti | € 540,00 | € 430,00 |

 A tal fine dichiarano che il proprio ISEE 2025 valido per le prestazioni sociali rivolte a minorenni è di

 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(da compilare solo se si richiede l’applicazione di tariffa diversa dalla massima)*

* Di essere a conoscenza che gli ammessi sono tenuti a confermare l’accettazione del posto entro 30 giorni dalla pubblicazione dell’elenco degli ammessi, allegando ricevuta di versamento della retta relativa al mese di settembre. Tale somma non verrà restituita in caso di rinuncia alla frequenza.
* Di essere a conoscenza che la mancata conferma dell’accettazione ed il mancato versamento della quota dovuta vengono interpretati come rinuncia e pertanto la domanda verrà depennata dalla graduatoria.
* Di richiedere che le ricevute di pagamento emesse dall’Ente gestore vengono intestate a:

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

DICHIARANO altresì che il figlio/a:

* non soffre di allergie/intolleranze alimentari;
* soffre delle seguenti allergie/intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e si impegna a fornire la documentazione medica che verrà richiesta dall’Ente gestore prima dell’inizio della frequenza

 Altre informazioni sul bambino/a importanti/utili: ……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

I sottoscritti dichiarano:

* di essere consapevoli di quanto prescritto all'Art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 che prevede che il dichiarante decada dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che l'Amministrazione, ai sensi dell'Art. 71 dello stesso D.P.R. 445/2000 è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
* di essere consapevoli di quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso;
* di essere consapevoli che l'Amministrazione effettuerà controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, sotto la propria responsabilità;

Si allegano *(barrare le caselle di interesse):*

* Copia documenti di identità dei genitori *(obbligatorio)*
* Attestazione ISEE 2025 valido per le prestazioni sociali rivolte a minorenni *(facoltativo)*
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Letto, confermato e sottoscritto. San Damiano d’Asti, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante Firma del dichiarante

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

**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL RICHIEDENTE**

I sottoscritti dichiarano di essere informati, ai fini della tutela e della riservatezza dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 che le informazioni personali raccolte saranno trattate esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Titolare del trattamento è il Comune di San Damiano d’Asti. Responsabile esterno del trattamento è l’Ente a cui verrà affidata la gestione del Micronido. Il conferimento dei dati è obbligatorio. La mancata indicazione dei dati comporta l’esclusione dalla graduatoria. L’informativa completa con finalità, modalità di trattamento, addetti incaricati al loro trattamento, soggetti ai quali possono essere comunicati, l’ambito di diffusione dei dati medesimi e diritti che possono essere esercitati ai sensi degli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 del citato GDPR è disponibile sul sito istituzionale: <https://www.comune.sandamiano.at.it/it/privacy>

San Damiano d’Asti, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante Firma del Dichiarante

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