



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO "DON MINZONI"

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE IN _____

VIA _____ N. _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

E-MAIL _____

CON ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO LA DITTA _____

SITA IN _____ CON ORARIO _____

- MENTRE IL CONIUGE O IL CONVIVENTE PRESTA ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO LA DITTA

SITA IN _____ CON ORARIO _____

- FAMIGLIA DI TIPO MONOPARENTALE SI () NO ()

CHIEDE

L'ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO DEL PROPRIO FIGLIO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

SCELTA DEL TEMPO DI FREQUENZA

- TEMPO PIENO (7,30-18,00)
- TEMPO PARZIALE MATTINO (7,30-13,00) CON PASTO
- TEMPO PARZIALE MATTINO (7,30-12,00) SENZA PASTO
- TEMPO PARZIALE POMERIGGIO (13,00-18,00)

Il sottoscritto si impegna a comunicare cambi di recapito abitativo e/o lavorativo

DATA _____ FIRMA _____

**DICHIARAZIONE DELLA TIPOLOGIA DELLA SITUAZIONE REDDITUALE
DEL NUCLEO FAMILIARE**

Consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (ai sensi dell'Art. 76 T.U. nr.445/2000) il/la sottoscritto/a

DICHIARA
che la situazione reddituale del proprio nucleo familiare è la seguente:

NOME E COGNOME	LAVORATORE AUTONOMO / REDDITO DA IMPRESA	LAVORATORE DIPENDENTE O ASSIMILABILE / PENSIONATO	NOME E INDIRIZZO AZIENDA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RICHIESTA DELLA TARIFFA AGEVOLATA

Consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (ai sensi dell'Art. 76 T.U. nr.445/2000) il sottoscritto

DICHIARA
di essere in possesso di Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente

(I.S.E.E.) rilasciata da _____ in

data _____ pari a Euro _____

(A cura dell'Ufficio)

Doc.Tipo _____ Nr. _____ scad./ rilascio _____

L'Amministrazione si riserva di effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sottoscritte

Data _____

Firma _____

La domanda può essere trasmessa anche via fax al nr. 011/968 25 40 allegando fotocopia di un documento di identità personale.

INFO: Comune di Alpignano, Area Servizi alla Persona, Palazzo Movicentro, Via Boneschi 26
011/968 27 36