



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
sotto la propria responsabilità civile e penale, reso edotto delle sanzioni di cui agli artt. 483-485-486 del C.P.  
e in relazione al D.P.R. 445/2000, presenta

**DOMANDA DI AMMISSIONE *al nido d'infanzia per l'anno scolastico 2013/2014***

e a tal fine dichiara quanto segue:

**NIDO D'INFANZIA "ARCOBALENO"  
di Bora di Mercato Saraceno**

Cognome e nome del/la bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. 1 \_\_\_\_\_

Tel. 2 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il bambino ha già frequentato nidi d'infanzia?  SI  NO Se sì, quali: \_\_\_\_\_

Notizie sullo stato generale di salute del bambino, o particolari condizioni fisiche o psichiche se ritenute importanti  
(in tal caso presentazione di adeguata certificazione di Enti Pubblici Ospedalieri o Sanitari):

---

---

Il bambino è adottivo?  SI  NO

Cognome e nome del medico del bambino: \_\_\_\_\_

**PUNTO "A"**

Assenza della figura paterna o materna per: decesso, non riconoscimento, stato di detenzione, emigrazione all'estero  
 Specificare: .....

SI

NO

Assenza della figura paterna o materna per estraneità affettiva ed economica al bambino

SI

NO

**PUNTO "B"****TEMPI E LUOGHI DI LAVORO DEL PADRE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Ente o Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_

occupazione stabile dipendente

occupazione stabile in proprio

altro (specificare) .....

meno di 15 ore settimanali

da 15 a 29 ore settimanali

da 30 a 35 ore settimanali

da 36 ore settimanali e oltre

a domicilio o collaborante/coadiuvante con il coniuge

studente, borsista, praticante, tirocinante

lavoro occasionale e stagionale (almeno 4 mesi all'anno)

turni di lavoro sulle 24 ore

pendolarità infrasettimanale oltre 30 km (distanze ATR e FFSS)

pendolarità settimanale da lunedì a venerdì/sabato

assenze da casa oltre la settimana (almeno 4 mesi all'anno)

**TEMPI E LUOGHI DI LAVORO DELLA MADRE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Ente o Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_

occupazione stabile dipendente

occupazione stabile in proprio

altro (specificare) .....

meno di 15 ore settimanali

da 15 a 29 ore settimanali

da 30 a 35 ore settimanali

da 36 ore settimanali e oltre

a domicilio o collaborante/coadiuvante con il coniuge

studente, borsista, praticante, tirocinante

lavoro occasionale e stagionale (almeno 4 mesi all'anno)

turni di lavoro sulle 24 ore

pendolarità infrasettimanale oltre 30 km (distanze ATR e FFSS)

pendolarità settimanale da lunedì a venerdì/sabato

assenze da casa oltre la settimana (almeno 4 mesi all'anno)

**PUNTO "C"**

CONVIVENTI bisognosi di assistenza per particolari condizioni fisiche o psichiche se ritenute importanti (in tal caso è **obbligatoria la presentazione di adeguata certificazione** di Enti Pubblici Ospedalieri o Sanitari).

- padre, madre, fratello o sorella invalidi con invalidità riconosciuta del ..... %
- altri parenti oltre 3° grado (nonni, zii riferiti al bambino) completamente impediti fisicamente (invalidità oltre i 2/3) purché conviventi e non ospiti di struttura protetta: invalidità riconosciuta del ..... %

Specificare .....

**PUNTO "D"**

E' in corso una nuova gravidanza?

 SI NO

Se sì, la nascita è prevista per il mese di \_\_\_\_\_  
**(È obbligatoria la presentazione del certificato medico)**

ALTRI FIGLI

 SI NO

Data di nascita	_____	scuola frequentata	_____
"	_____	"	_____
"	_____	"	_____
"	_____	"	_____

**PUNTO "E"**

- NON SI INTENDE** presentare la Dichiarazione ISEE
- SI INTENDE** presentare la Dichiarazione ISEE entro i termini previsti – L'ufficio nidi può acquisire d'ufficio copia della Dichiarazione Isee: indicare nr. di protocollo e data di sottoscrizione
  - Isee Nr. protocollo ..... del .....

☛ **In caso di controlli può essere richiesta la presentazione di documenti a conferma di quanto autodichiarato.**

**EVENTUALI SEGNALAZIONI CHE SI RITIENE OPPORTUNO INDICARE:**

---



---



---

Ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, l'Amministrazione Comunale è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate. Ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal DPR stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Inoltre, fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera.

**NONNO PATERNO**

deceduto

SI

NO

Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_ documentate  SI  NO

**NONNA PATERNA**

deceduto

SI

NO

Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_ documentate  SI  NO

**NONNO MATERNO**

deceduto

SI

NO

Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_ documentate  SI  NO

**NONNA MATERNA**

deceduto

SI

NO

Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Condizioni di salute \_\_\_\_\_ documentate  SI  NO

**DATI DEL DICHIARANTE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cesena, \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

Il Dichiarante viene riconosciuto mediante documento d'identità di cui si allega copia fotostatica ai sensi dell'art. 38, C III T.U. 445/2000.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNZIONARIO INCARICATO