COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
PROVINCIA GALLURA NORD EST SARDEGNA

All'ufficio servizi sociali
COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA

- SERVIZIO EDUCATIVO MICRONIDO
Anno educativo 2025/2026

1)
Il sottoscritto (nome e cognome)_____

Nato a _____ il_____ residente a _____

via _____n. _____C.F _____

Telefono_____ mail_____

2)
Il sottoscritto (nome e cognome)_____

Nato a _____ il_____ residente a _____

via _____n. _____C.F _____

Telefono_____ mail_____

In qualità di

- ☐ genitore/i
- ☐ altro_____ (tutore, affidatario, legale rappresentante..)

DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

nat____a_____il _____

residente a_____, via _____n._____

C.F _____

CHIEDONO

Di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio educativo micronido.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato 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)

DICHIARANO

Che il minore:

 ha una certificazione di disabilità riconosciute o difficoltà nello sviluppo neuro psicomotorio e certificata dal competente servizio dell'A.S.L. territoriale;

 è orfano di entrambi i genitori;

 convive con genitori entrambi lavoratori full-time con regolare contratto;

 convive con un solo genitore (monogenitoriale) impegnato in attività lavorativa con regolare contratto;

 convive con un fratello e/o una sorella e/o genitore con disabilità grave (grado d'invalidità non inferiore al 100%);

 convive con genitori entrambi lavoratori di cui uno part-time con regolare contratto;

 convive con genitori entrambi lavoratori part-time con regolare contratto;

 è in carico ai servizi sociali inseriti in un percorso di aiuto;

 la presenza nel nucleo familiare di due figli di età inferiore ai 3 anni;

 la richiesta di iscrizione di bambini gemelli;

 che il minore ha frequentato nell'anno educativo precedente servizi per l'infanzia, quali:

Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Cognome	Nome	Luogo data di nascita e residenza	Grado di parentela	Condizione occupazionale

Che il proprio figlio/a minore:

- ☐ non è affetto/a da allergie o intolleranze alimentari
- ☐ è affetto/a da intolleranza alimentare (specificare quale):

_____

☐ è affetto/a da allergia alimentare (specificare quale):
_____

☐ di essere a conoscenza che, l'Amministrazione Comunale potrà effettuare controlli per accertare la veridicità di quanto auto- dichiarato.

☐ di essere in regola con i pagamenti di eventuali servizi comunali usufruiti. In caso di morosità, il debito dovrà essere sanato prima della presentazione della domanda.

Documentazione da allegare

- Attestazione ISEE in corso di validità ;
- Documento di riconoscimento del richiedente;
- certificazione sanitaria attestante il rispetto degli obblighi di vaccinazione;
- Eventuale certificazione medica attestante invalidità, intolleranze e allergie;

☐ di essere consapevoli che Il Comune di Sant'Antonio di Gallura gestirà il trattamento dei dati con la dovuta riservatezza e nel rispetto della normativa vigente.

I genitori autorizzano, dunque, per tutte le finalità connesse all'espletamento del servizio, il trattamento, l'elaborazione e la comunicazione esterna delle informazioni contenute nella presente domanda con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Sant'Antonio di Gallura, lì _____

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci) FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)

_____ _____

In caso di unico richiedente:

DICHIARA di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale.

Firma _____