

**AMBITO TERRITORIALE TA/1**

**(Ginosa-Laterza-Castellaneta-Palagianello-A.S.L. TA/1)**

**Comune di Ginosa**

**Piazza Marconi n. 1**

**74013 Ginosa TA**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**AI SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA**

**ANNO EDUCATIVO 2022/2023**

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a a il , residente in alla via , Codice Fiscale ,telefono , cellulare , e-mail , in qualità di del minore ,

nato/a il , Codice Fiscale ;

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a a frequentare:

(*barrare il servizio prescelto, se si barrano due opzioni bisogna indicare accanto alla x se trattasi di prima scelta “1^S.” o seconda scelta “2^S.”*):

* **GINOSA Centro Ludico Prima Infanzia (18-36 mesi)** c/o Polo socio-educativo- via Fratelli Materano,
* **GINOSA** **Sezione Primavera (24-36 mesi)** c/o I.C. “Deledda - San G. Bosco” plesso Lorenzini,
* **MARINA DI GINOSA Sezione Primavera (24-36 mesi)** c/o I.C. “R. Leone” plesso Boschetti-Alberti,
* **LATERZA Centro Ludico Prima Infanzia (3-36 mesi)** c/o I.C. “A. Diaz”,
* **CASTELLANETA Sezione Primavera (24-36 mesi)** c/o Complesso ENAIP,
* **PALAGIANELLO Sezione Primavera (24-36 mesi)** c/o I. C. “G. Marconi” plesso Suor Gabriella Conte.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n.445/2000 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa”,

- consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace,

- consapevole che l’Amministrazione Comunale è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle

dichiarazioni rese,

- consapevole che la dichiarazione che si rivelasse mendace comporterà la decadenza dall’assegnazione del

posto;

DICHIARA

1. di aver preso visione dell’Avviso Pubblico, di accertarne tutte le condizioni, e di essere informato che la quota di compartecipazione mensile è pari ad € 50,00, qualunque sia l’ammontare del reddito familiare;
2. che il minore, per cui si chiede l’iscrizione al servizio, è in regola con gli obblighi vaccinali *ex* Legge n. 119 del 31 luglio 2017;
3. che, al fine dell’attribuzione del punteggio per l’inserimento nella graduatoria di ammissione, sussistono le condizioni di seguito riportate (barrare con una X la/le caselle che interessano):
   * + il bambino per il quale viene richiesta l’iscrizione al servizio è portatore di handicap (L. 104/92 art.3) o titolare di indennità di frequenza (L.289/90), riconosciuti tali dalle competenti Commissioni e/o da certificato (allegare certificazione rilasciata dalla competente Struttura Sanitaria Pubblica);
     + il nucleo familiare è seguito dal Servizio Sociale Professionale comunale;

* il nucleo familiare si trova in una particolare situazione di disagio economico e/o socio-ambientale,
* il nucleo familiare si trova in situazioni particolari che non rientrano in quelle precedentemente elencate

(specificare quali)

;

1. che il nucleo familiare del minore risulta così composto:

|  |
| --- |
| **MADRE**  **(compilare solo se convivente con il minore)**  Nome e cognome:  Codice fiscale:   * In stato di gravidanza (condizione attestata da certificato rilasciato da competente autorità sanitaria) * Con disabilità riconosciuta al % * Lavoratrice (dipendente/autonoma/libero professionista):   - professione  - sede di lavoro (indicare il Comune)  - orario di lavoro  ***(solo se trattasi di lavoratrice dipendente)***  - datore di lavoro  - decorrenza del rapporto di lavoro dal al   * Studentessa *non occupata* iscritta * Disoccupata/inoccupata |
| **PADRE**  **(compilare solo se convivente con il minore)**  Nome e cognome:  Codice fiscale:   * Con disabilità riconosciuta al % * Lavoratore (dipendente/autonomo/libero professionista):   - Professione  - sede di lavoro (indicare il Comune)  - orario di lavoro  ***(solo se trattasi di lavoratore dipendente)***  - datore di lavoro  - decorrenza del rapporto di lavoro dal al   * Studente *non occupato* iscritto * Disoccupato/inoccupato   **FRATELLO/SORELLA**  **(compilare solo se convivente con il minore)**  Nome e cognome:  Data di nascita:  Codice fiscale:   * Con disabilità riconosciuta al %   **FRATELLO/SORELLA**  **(compilare solo se convivente con il minore)**  Nome e cognome:  Data di nascita:  Codice fiscale:   * Con disabilità riconosciuta al %   **FRATELLO/SORELLA**  **(compilare solo se convivente con il minore)**  Nome e cognome: ,  Data di nascita:  Codice fiscale: ,   * Con disabilità riconosciuta al %   **FRATELLO/SORELLA**  **(compilare solo se convivente con il minore)**  Nome e cognome: ,  Data di nascita:  Codice fiscale: ,   * Con disabilità riconosciuta al %. |

Si autorizza altresì il trattamento dei propri dati che si svolgerà nel rispetto del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 c.d GDPR e del Decreto Legislativo n.196/2003 e s.m.i.

# Si allegano:

* 1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità;
  2. Copia fotostatica delle tessere sanitarie del dichiarante e del minore;
  3. Libretto vaccinale del minore;
  4. Eventuale documentazione, utile a comprovare il possesso di specifiche condizioni (grado di disabilità, stato di gravidanza, situazione familiare di particolare fragilità socio-economica, ecc.)

Il dichiarante

Lì, \_ / /