

MODULO DI ISCRIZIONE

All'ASP Frosinone

I sottoscritti _____

cognome e nome

padre

madre

tutore

cognome e nome

padre

madre

tutore

CHIEDONO

l'iscrizione all'Asilo Nido di _____ per l'anno educativo 202__/202__

del __ bambin__ _____

cognome e nome

Codice fiscale

– nat__ a _____ (____) il __/__/20__

– cittadin__ italian__ altro (indicare quale) _____

– residente a _____ (____) Via/Piazza _____

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli delle responsabilità cui si va incontro in caso di dichiarazioni non rispondenti al vero, che:

– **Residenza:**

- Il/la bambin__ è residente nel Comune in cui è situato l'asilo nido;
- Il/la bambin__ non è residente nel Comune in cui è situato l'asilo nido;

– **Fratelli/sorelle iscritti:**

- Il/la bambin__ ha fratelli o sorelle iscritti all'asilo nido o alla scuola dell'infanzia;
- Nessun fratello/sorella iscritto;

– **Condizione lavorativa dei genitori:**

- Entrambi i genitori lavoratori;
- Un solo genitore lavoratore;
- Genitore monoparentale;
- Genitore lavoratore e uno studente frequentante;

– **Bambino/a con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/92**

- Sì;
- No;

– che la propria famiglia convivente è composta da:

cognome e nome

luogo e data di nascita

parentela

– è stat__ sottopost__ alle vaccinazioni obbligatorie e pertanto presenta:

- l'attestazione rilasciata dalla ASL;
- il certificato vaccinale rilasciato dalla ASL o copia del libretto vaccinale vidimato dall'ASL;

– non è stat__ sottopost__ alle vaccinazioni obbligatorie e pertanto presenta:

- la copia della richiesta di vaccinazione;

– in caso di esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni rivolgersi alla segreteria per la certificazione da presentare.

I sottoscritti si impegnano:

- 1) a prendere visione e accettare in ogni parte il Regolamento di funzionamento dell'Asilo Nido e l'avviso emanato per l'iscrizione al servizio;
- 2) ai fini del perfezionamento dell'istruttoria a consegnare ISEE in corso di validità;
- 3) a consegnare in tempi brevi eventuale documentazione relativa a:
 - o disabilità acquisita o in fase di accertamento;
 - o disturbi dell'apprendimento e quant'altro possa essere utile alla definizione di un progetto didattico personalizzato.

In caso di intolleranze alimentari e allergie per richiedere una DIETA SPECIALE è necessario presentare un certificato medico (valido un anno) che le attesti e fornisca le indicazioni specifiche.

Anche per quanto riguarda eventuali variazioni del menù legate a motivazioni religiose è necessaria una richiesta scritta della famiglia. La richiesta scritta sarà necessaria anche in caso di variazione momentanee della dieta (per esempio condimento in bianco, etc.).

I sottoscritti si impegnano a comunicare eventuali variazioni delle notizie riportate nella presente.

Data, ___/___/20___

Firma di autocertificazione

Firma di autocertificazione

(Legge 127 del 1997, D.P.R. 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

I sottoscritti, presa visione dell'informativa resa dall'Ente ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/79 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale 1 bambin risulta iscritt può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della P.A.

I sottoscritti autorizzano l'ASP Frosinone all'utilizzo di immagini e video del/la proprio/a bambino/a ripresi durante le attività educative, didattiche e ricreative all'interno dell'asilo nido, esclusivamente per finalità educative, documentative e promozionali, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy. L'autorizzazione è facoltativa e può essere revocata in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta.

Data, ___/___/20___

Firma

Firma

Anagrafe familiare (indicare il recapito da contattare in caso di urgenze)

Madre: _____ Nata a: _____ Il: ___/___/_____

Professione: _____ Codice Fiscale: _____

Titolo di studio: _____

e-mail: _____ cellulare: _____ barrare solo se numero prioritario per urgenze

Padre: _____ Nato a: _____ Il: ___/___/_____

Professione: _____ Codice Fiscale: _____

Titolo di studio: _____

e-mail: _____ cellulare: _____ barrare solo se numero prioritario per urgenze

Fratelli di età scolare:

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | nessuno | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> frequentante lo stesso Istituto | <input type="checkbox"/> frequentante altro Istituto | |
| <input type="checkbox"/> 2 o più | <input type="checkbox"/> frequentanti lo stesso Istituto | <input type="checkbox"/> frequentanti altro Istituto | |

Data, ___/___/20___

Firma

Firma

SPAZIO PER NOTE, SEGNALAZIONI E RICHIESTE