



**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) _____;
- 4) 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.)

Lì, ____ / ____ / ____	Il dichiarante
------------------------	----------------