

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
Punteggio .....
Inserito nella graduatoria al n.....

Al Comune di Ronco Scrivia  
Area Sociale  
RONCO SCRIVIA

## Domanda di ammissione all'Asilo Nido valida per l'Anno Educativo 2025-2026

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome..... Nome.....

**Padre [ ]**

**Madre [ ]**

**Tutore [ ]**

**DEL BAMBINO** Cognome..... Nome.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di  
atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che il/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione è:.....

Nato/a a ..... (.....) il.....

residente a ..... in Via ..... n°.....

cittadinanza..... codice fiscale.....

**recapito telefonico madre.....recapito telefonico padre.....**

altri recapiti telefonici (specificare a chi corrispondono).....

.....

indirizzo e-mail madre .....

indirizzo e-mail padre.....

### INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA CONVIVENTE

**Padre o convivente**

**Madre o convivente**

**cognome e nome** .....

**data e luogo nascita** .....

**residenza** .....

**via** .....

**professione** .....

**indirizzo sede di lavoro** .....

recapito telef. sede lavoro .....

codice fiscale .....

CODICE FISCALE DEL GENITORE A CUI INTESTARE LA FATTURAZIONE E RELATIVE

ATTESTAZIONI INERENTI LA FREQUENZA C.F. ....

	<b>Barrare la voce che interessa</b>	<b>Parte riservata all'ufficio</b>
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare cui appartengono figli da 0 a 36 mesi oltre il minore iscritto	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare cui appartengono figli da 3 + 1 giorno a 6 anni oltre il minore iscritto	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare cui appartengono figli da 6 a 1 giorno a 10 anni oltre il minore iscritto	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare cui appartengono figli da 10 a 1 giorno a 14 anni oltre il minore iscritto	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare cui appartengono figli da 14 a 1 giorno a 18 anni oltre il minore iscritto	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare anagrafico cui appartengono genitori dei bambini non autosufficienti o portatrici di handicap ( <i>L'invalidità accertata dall'ASL deve essere superiore o uguale alla % che da titolo alla pensione di IC</i> )	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare anagrafico cui appartengono persone adulte non autosufficienti o portatrici di handicap diverse dai genitori. ( <i>L'invalidità accertata dall'ASL deve essere superiore o uguale alla % che da titolo alla pensione di IC</i> )	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare anagrafico cui appartengono figli compreso il minore iscritto in possesso di attestazione di handicap	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare anagrafico dove i genitori del bambino siano nella condizione di attività lavorativa extra-domestica a tempo pieno	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare anagrafico dove i genitori del bambino siano nella condizione di attività lavorativa extra-domestica a tempo parziale (con orario non inferiore alle 18 ore settimanali)	
<input type="checkbox"/>	richiesta inserimento: <input type="checkbox"/> part-time (7.30 – 13.30) <input type="checkbox"/> part-time ( 11.15 – 17.30) <input type="checkbox"/> part-time misto ( da concordarsi con il Coordinatore Pedagogico) <input type="checkbox"/> tempo pieno (7.30- 17.30)	
<input type="checkbox"/>	anzianità della domanda per domande presentate nell'anno scolastico precedente in assenza di ammissione (il punteggio non è applicato nel caso di rinuncia all'ingresso al nido da parte della famiglia).	
<input type="checkbox"/>	nucleo familiare dove il genitore è da solo con il bambino il punteggio è attribuito solo se il bambino: <input type="checkbox"/> è riconosciuto da un solo genitore	

<input type="checkbox"/>	è orfano	
<input type="checkbox"/>	nel caso di separazione legale o di scioglimento del matrimonio	
<input type="checkbox"/>	negli altri casi non contemplati precedentemente	

**Il sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le norme indicate nel Regolamento dell'Asilo Nido Comunale.**

**FIRMA** .....

<b>ALTRE INFORMAZIONI</b>
---------------------------

- Nome del Pediatra di base .....
- Sottoposto alle vaccinazioni d'obbligo presso l'ASL di ..... SI [ ] NO [ ]

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualunque variazione a quanto sopra dichiarato all'Area Sociale all'indirizzo email : – [servizisociali@comune.roncoscrivvia.ge.it](mailto:servizisociali@comune.roncoscrivvia.ge.it)  
Tel. 0109659026 – 0109659014 -

**Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**

**Informativa ai sensi dell'art.12 e ss Regolamento UE 679/2016**

*I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.*

Ronco Scrivia .....

**FIRMA**.....  
(allegare fotocopia di un documento di identità)

Barrare la casella relativa alla casistica di interesse

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della amministrazione pubblica o i gestori o esercenti di pubblici servizi sono esenti da autentica di firma e devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentare unitamente a fotocopia non autentica di un documento di identità del sottoscrittore. Tutte le istanze e le dichiarazioni da presentare alla pubblica amministrazione o ai gestori o esercenti di pubblici servizi possono essere inviate anche per fax.