



COMUNE DI GALZIGNANO TERME

Provincia di Padova

MODULO DI ISCRIZIONE AL MICRONIDO COMUNALE "PRIMI PASSI" ANNO EDUCATIVO 2024-2025

Ufficio Protocollo
Sociali

Alla c.a. dell'Ufficio Servizi

n. _____

La/il sottoscritta /o _____

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ () via _____ n° ____

Recapito telefonico _____ Mail _____

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale o di chi ne fa le veci

CHIEDE

l'iscrizione della/del propria/o figlia/o al Micronido comunale "Primi Passi" di Galzignano Terme per l'anno educativo 2024-2025.

A tal fine sotto la propria responsabilità (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 della legge stessa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1) che i dati anagrafici del/la proprio/a figlio/a sono i seguenti:

Cognome e nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ () via _____ n° ____

2) che i dati anagrafici dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale sono i seguenti:

Cognome e nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ () via _____ n° ____

Recapito telefonico _____ Mail _____





COMUNE DI GALZIGNANO TERME

Provincia di Padova

3) che, ai fini dell'attribuzione del punteggio nella graduatoria, i dati relativi alla propria situazione sono i seguenti (barrare la casella relativa):

Disabilità psicofisica del bambino/a documentata con apposita certificazione rilasciata ai sensi della L. 104/1992	
Un solo genitore svolge attività lavorativa	
Entrambi i genitori svolgono attività lavorativa	
Presenza nel nucleo familiare di minori di età inferiore ai 36 mesi al 31 maggio dell'anno per cui si presenta la domanda d'iscrizione	
Presenza di un fratello/sorella frequentante il Micronido comunale nello stesso anno educativo per cui si presenta la domanda d'iscrizione	
Bambino/a collocato/a nella graduatoria precedente e rimasto escluso dall'inserimento al nido	

4) che, ai fini dell'attribuzione del punteggio nella graduatoria, l'I.S.E.E. del nucleo familiare è _____, come da Modello I.S.E.E. ai sensi del DPCM n. 159/2013 in data ____ / ____ / ____ che si allega (*facoltativo*)

5) di prendere atto che, alla domanda di iscrizione, è necessario allegare idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie così come previsto dalla normativa vigente.

A tal fine allega alla presente domanda (barrare la casella relativa):

- ☐ copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione datata delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale;
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi del d.P.R. n.445/2000 (da compilare su apposito modulo) che attesti l'avvenuta vaccinazione del minore;
- ☐ l'esonero dall'obbligo di vaccinazione in caso di immunizzazione a seguito di malattia naturale, presentando copia della notifica di malattia infettiva effettuata alla ASL dal medico curante, come previsto dal decreto ministeriale 15 dicembre 1990, o attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta;
- ☐ attestato di omissione o differimento dell'obbligo di vaccinazione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta che certifica che sussiste un accertato pericolo per la salute dell'individuo, in relazione a specifiche condizioni cliniche;
- ☐ formale richiesta di vaccinazione alla ASL territorialmente competente, secondo le modalità previste dalla stessa.

6) di essere a conoscenza che le tariffe del Micronido comunale attualmente in vigore sono le seguenti:

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| - Quota di iscrizione annuale | Euro 150,00 |
| - Retta mensile residenti | Euro 371,00 |
| - Retta mensile non residenti | Euro 456,00 |

7) di aver preso visione del "Regolamento Micronido comunale" (disponibile sul sito internet www.galzignanoterme.org) e di accettarne senza riserve le condizioni;

8) di allegare alla presente domanda (barrare la casella relativa):

- ☐ Fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- ☐ Idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie;
- ☐ Attestazione ISEE ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 (*facoltativo*).





COMUNE DI GALZIGNANO TERME

Provincia di Padova

9) di essere a conoscenza che i dati dichiarati e allegati verranno custoditi e trattati nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003 (Tutela della privacy) e successive modificazioni ai fini del procedimento per i quali sono stati richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo;

Galzignano Terme, li ____ / ____ / ____ Firma del genitore _____

Per gli inserimenti a settembre 2024 il modulo di iscrizione va consegnato, compilato in ogni sua parte, all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Galzignano Terme **entro il 31 marzo 2024**.

Per gli inserimenti successivi a settembre 2024 la domanda può essere presentata in qualsiasi periodo dell'anno e sarà valutata sulla base dei posti disponibili.

Per ulteriori informazioni contattare l'Ufficio Servizi Sociali al numero 049/9130041 – mail: serviziosocialegalzignano@societadolce.it

L'assistente sociale riceve su appuntamento il martedì dalle 9.00 alle 12.00 e il giovedì dalle 15.00 alle 18.00.

Per presa visione.

Galzignano Terme, li ____ / ____ / ____ Firma del genitore _____

