

Amministrazione destinataria

Regione Calabria

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di iscrizione alla scuola dell'infanzia***anno scolastico*

/

**Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome	Nome	Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza				
Residenza Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

**del bambino**

Cognome	Nome	Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

l'iscrizione alla scuola dell'infanzia a partire da

Data di inizio frequenza
--------------------------

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritieri e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

## DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

*Grado di parentela (\*)*  
*coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente*

che ricorrono le seguenti situazioni particolari:

- nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
  - il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale
  - esistono fratelli o sorelle che frequentano la scuola dell'infanzia

che il sottoscritto svolge il seguente tipo di lavoro

<b>Tipo di lavoro</b>								
<input type="checkbox"/> autonomo								
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo indeterminato								
<input type="checkbox"/> dipendente a tempo determinato								
Dal	Al							
<input type="text"/>								
<input type="checkbox"/> saltuario o occasionale								
<input type="checkbox"/> in cerca d'occupazione								
<input type="checkbox"/> non occupato								
<input type="checkbox"/> altro								
<b>Qualifica o professione</b>	<input type="text"/>							
<b>Presso denominazione/ragione sociale</b>	<b>Tipologia</b>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)</b>								
<input type="text"/>								

**Congedo parentale**

- no  
 si

per maternità o allattamento

Dal

Al

per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

**Tipo di lavoro**

- autonomo  
 dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato

Dal

Al

- saltuario o occasionale  
 in cerca d'occupazione  
 non occupato  
 altro

**Qualifica o professione****Presso****Denominazione/Ragione sociale****Tipologia**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						

**Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)****Congedo parentale**

- no  
 si

per maternità o allattamento

Dal

Al

per nuova maternità o gravidanza

Dal

Al

**Eventuali annotazioni**

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

Il dichiarante