



**MODULO ISCRIZIONE AI SERVIZI DI PRESCUOLA
POSTSCUOLA**

**in attesa della definizione dell'organizzazione scolastica e degli spazi
disponibili**

Anno Scolastico 2021-22

(inviare via mail a iscrizioni@ilmelogranonet.it entro il **30 luglio 2021**)

Io sottoscritto _____ in qualità di genitore - tutore – affidatario (*depenare quello che non serve*), con la presente chiedo di iscrivere il minore sotto indicato al/ai servizio/i di:

PRE - SCUOLA INFANZIA STATALE

PRE - SCUOLA PRIMARIA

POST - SCUOLA PRIMARIA

L'Amministrazione Comunale si riserva di stabilire la data di avvio dei servizi a seguito della definizione dell'organizzazione scolastica e degli spazi disponibili.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la mia personale responsabilità, avanti a funzionario addetto a ricevere la documentazione, in luogo delle relative certificazioni dichiaro:

1 - di essere nato a _____ Prov. _____ il _____

CODICE FISCALE SOTTOSCRITTORE _____

2 - di essere residente a _____ in Via _____ n. _____

Cellulare madre _____ cellulare padre _____

E-mail _____

(scrivere in stampatello maiuscolo):

3 - chiedo l'iscrizione ai servizi sopra indicati per il minore le cui generalità sono le seguenti:

COGNOME E NOME DEL MINORE: _____

CODICE FISCALE DEL MINORE: _____

minore residente a _____ in Via _____ n. _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

cittadino: italiano altro (indicare quale) _____



- che frequenterà la Sez. _____ della Scuola dell'Infanzia Statale – via Galvani -
- che frequenterà la CLASSE _____ SEZIONE _____ della Scuola Primaria.

4 - Dichiaro che il nucleo familiare è composto come segue:

Nucleo familiare	Cognome e Nome	Grado di parentela	Residente a	Stato civile*	Attività lavorativa
Sottoscritto					

* vedovanza, genitore unico, coniugato, separato legalmente/divorziato.

5 - Situazione lavorativa del/dei genitore/i (nel caso di famiglia monogenitoriale barrare comunque la casella valida per la situazione lavorativa dell'unico genitore presente nel nucleo). Indicare tutti i dati necessari per la valutazione e graduatoria, in caso contrario non verrà attribuito alcun punteggio al dato mancante:

- _____ Entrambi lavoratori full-time di cui
 - ___ Operativi in sede aziendale
- _____ Un genitore full-time e uno part-time di cui
 - ___ Operativi in sede aziendale
- _____ Entrambi lavoratori part-time di cui
 - ___ Operativi in sede aziendale
- _____ Un solo genitore lavoratore operativo _____ in sede aziendale o _____ a domicilio
- _____ Altro _____

Verrà data la priorità, in caso di posti limitati, alle seguenti condizioni:

- nuclei familiari interamente residenti a Vignate, oppure nuclei monogenitoriali residenti sul territorio comunale (per nuclei monogenitoriali si intende nucleo con un solo genitore a seguito di vedovanza/separazione legale/divorzio/riconoscimento del minore da parte di un solo genitore)
- famiglia bigenitoriale / monogenitoriale a full time entrambi operativi presso la sede aziendale
- famiglia bigenitoriale a full time di cui uno solo operativo presso la sede aziendale e uno in smart working o a tempo parziale
- famiglia bigenitoriale / monogenitoriale entrambi con lavoro a tempo parziale/smartworking



6 Dichiaro che in famiglia è presente un figlio/a disabile (sia che si tratti di figlio/a richiedente il servizio pre/postscuola sia che si tratti di altro/a figlio/a o genitore con disabilità/invalidità riconosciuta dall'Autorità Sanitaria superiore al 66%) del quale si allega certificazione sanitaria.

7. Sono consapevole che la presente preiscrizione dovrà essere convalidata successivamente per iscritto dal sottoscritto in seguito alle disposizioni che verranno comunicate dalle autorità competenti e informativa del servizio comunale.

Data, _____

Firma del dichiarante

Allegati:

- INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI – OBBLIGATORIA CON FIRMA DEL GENITORE.**
- VERBALE UONPIA CHE CERTIFICHINO LA DISABILITA'**
- RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA CON CERTIFICATO MEDICO**