



**A.S.C. Sociale del Legnanese (So.Le.) per la gestione di servizi sociali**  
CF. 92049320150 P.IVA 08868510960

Azienda Speciale Consortile ex art. 114 TUEL 267/2000 dei Comuni di: Busto Garolfo, Canegrate, Cerro Maggiore, Dairago, Legnano, Parabiago, Rescaldina, San Giorgio su Legnano, San Vittore Olona, Villa Cortese



Comune di Dairago

**ANNO EDUCATIVO 2018/2019**  
**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL' ASILO NIDO AZIENDALE "ABRACADABRA" DI DAIRAGO**

Da consegnare entro il termine del 21 maggio 2018 al Protocollo del Comune di Dairago o all'indirizzo PEC: [comune.dairago@postecert.it](mailto:comune.dairago@postecert.it)

**Bambino/a:** \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE : \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il proprio figlio/a venga iscritto all' ASILO NIDO AZIENDALE per l'anno 2018/2019 a partire dal mese di \_\_\_\_\_ con modalità di frequenza:

TEMPO PIENO

PART TIME MATTUTINO

PART TIME POMERIDIANO

A tale proposito DICHIARA che i genitori potranno essere contattati:

CELL. Papà \_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_

CELL. Mamma \_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili.**

Il sottoscritto genitore, quale esercente la patria potestà sul minore sopra indicato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, per come sopra riportati, e consapevole, in particolare che il trattamento potrebbe riguardare dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art. 4, comma 1, lett. d e art. 26 D.Lgs. 196/2003), vale a dire, tra l'altro, "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute", presta/non presta il **consenso per il trattamento** dei dati necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa; **presta/non presta il consenso per la comunicazione dei dati** ai soggetti e nelle modalità apprese dall'informativa.

Dairago, li

FIRMA DEL GENITORE

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**(Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

**Il sottoscritto genitore** \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

❖ LA SEGUENTE COMPOSIZIONE FAMILIARE:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPP. DI PARENTELA

Dichiara, inoltre, i seguenti fatti, stati o circostanze che sono alla diretta conoscenza dell'interessato e che hanno rilevanza ai fini dell'ammissione al servizio e della prestazione richiesta:

- Bambino inserito in nucleo familiare in cui è presente una persona con disabilità psicofisica permanente con invalidità superiore al 66%
- Bambino portatore di handicap psico fisico (casi supportati da documentazione medica comprovante)
- Bambino inserito in nucleo familiare in particolare stato di disagio accertato da relazione dei servizi sociali comunali e aziendali
- Bambino, unico figlio, inserito in nucleo familiare con unico genitore o assistito da tutori
- Bambino con entrambi i genitori lavoratori
- Bambino inserito in nucleo familiare con altri minori:
  - figlio di età inferiore a 6 anni
  - figlio di età compresa tra i 6 e i 10 anni
  - figlio di età compresa tra gli 11 e 14 anni

- Bambino per il quale é già stata presentata domanda di ammissione, entro i termini prefissati, non soddisfatta nell'anno precedente.

**Dichiara inoltre:**

➤ **di essere a conoscenza che:**

- ❖ la quota d'iscrizione, pari a € 80.00, deve essere versata con le seguenti modalità

**BONIFICO BANCARIO** intestato ad ASC SO.LE – Banca Popolare di Sondrio –  
Agenzia di Legnano – Via De Gasperi Alcide,10

❖ IBAN: IT58 N 05696 20200 000002955X78

**causale:** quota di iscrizione nido ABRACADABRA di Dairago- a.s. 2018/2019  
**(allegare alla domanda di ammissione copia dell'avvenuto pagamento)**

- ❖ la quota di iscrizione in caso di rinuncia verrà introitata mentre in caso di mancata ammissione verrà rimborsata con le seguenti modalità: *(indicare gli estremi del c/c)*

accredito su c/c n° ..... intestato a .....  
Banca ..... ABI ..... CAB .....

➤ **di aver preso visione della Carta del Servizio Nido Aziendale Abracadabra.**

Dairago, li

**Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_

Chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni, a norma degli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.