



Comune di Sermide e Felonica

C.A.P. 46028 (MANTOVA)

Sede: P.zza Plebiscito, 1

☎ 0386/967000 - Fax 0386/960261

P.I.: 00309830206 - e-mail: protocollo@comune.sermideefelonica.mn.it

www.comune.sermideefelonica.mn.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL' ASILO NIDO "LA NUVOLA"

ANNO _____

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a

_____ il _____ residente a

_____ in Via _____

C.F. _____ tel. _____

mail _____

CHIEDE L'AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO "LA NUVOLA" DI SERMIDE E FELONICA

A PARTIRE DAL _____

del figlio/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in

Via _____ C.F. _____

TIPOLOGIA DEL SERVIZIO RICHIESTO:

☐ Tempo Pieno (ore 7,30 – 18,00)

☐ Tempo parziale (dalle ore _____ alle ore _____)

Allega alla presente:

☐ Dichiarazione ISEE al fine della determinazione della retta mensile (in caso di mancata presentazione verrà applicata la retta massima prevista);

☐ Autocertificazione vaccini eseguite e fotocopia della pagina relativa alle vaccinazioni riportata sul libretto sanitario;

☐ Dichiarazione di disponibilità al pagamento della retta nella fascia più elevata importo (evitando la presentazione di dichiarazione ISEE).



Comune di Sermide e Felonica

C.A.P. 46028 (MANTOVA)

Sede: P.zza Plebiscito, 1

☎ 0386/967000 - Fax 0386/960261

P.I.: 00309830206 - e-mail: protocollo@comune.sermideefelonica.mn.it

www.comune.sermideefelonica.mn.it

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

- Di impegnarsi a partecipare all' inserimento del figlio al nido;
- Di impegnarsi a corrispondere regolarmente la retta stabilita per il servizio;
- Di aver preso visione del regolamento di gestione dell'asilo nido e di accettarlo in ogni sua parte;

SITUAZIONE LAVORATIVA DEL NUCLEO FAMILIARE:

PADRE

Cognome/Nome _____

Nato a _____ il _____. Occupato ☐ SI ☐ NO

SE OCCUPATO: ☐ TEMPO DETERMINATO ☐ TEMPO INDETERMINATO

☐ DIPENDENTE ☐ AUTONOMO ☐ DIPENDENTE A DOMICILIO

Professione _____

Denominazione Ditta _____

Sede di Lavoro _____ n. Tel. Ditta _____

Orario di Lavoro: _____

MADRE

Cognome/Nome _____

Nato a _____ il _____. Occupato ☐ SI ☐ NO

SE OCCUPATO: ☐ TEMPO DETERMINATO ☐ TEMPO INDETERMINATO

☐ DIPENDENTE ☐ AUTONOMO ☐ DIPENDENTE A DOMICILIO

Professione _____

Denominazione Ditta _____

Sede di Lavoro _____ n. Tel. Ditta _____

Orario di Lavoro: _____



Comune di Sermide e Felonica

C.A.P. 46028 (MANTOVA)

Sede: P.zza Plebiscito, 1

☎ 0386/967000 - Fax 0386/960261

P.I.: 00309830206 - e-mail: protocollo@comune.sermideefelonica.mn.it

www.comune.sermideefelonica.mn.it

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE COSÌ COME STABILITO DALL' ART. 75 DEL D.P.R. 445/2000, DICHIARA CHE LA SUA FAMIGLIA DI FATTO È COSÌ COMPOSTA:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

DICHIARANO INOLTRE LA DISPONIBILITÀ DELL'AIUTO DI ALTRE PERSONE

☐ SÌ ☐ NO

DICHIARAZIONE RIGUARDANTE PARTICOLARI PROBLEMATICHE PSICHICHE O FISICHE RIGUARDANTI IL BAMBINO O IL NUCLEO FAMILIARE:

Sermide e Felonica lì _____

FIRMA
