



ISCRIZIONE MICRO NIDO COMUNALE
Dott.ssa MARCELLA BALCONI
Di Romagnano Sesia

DATA: _____ A.S. _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/____ di stato civile _____
residente a _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ telefono _____
indirizzo mail _____ in qualità di _____

Domanda l'iscrizione all'anno scolastico 2025 – 2026 del bambino/a:

_____ nato/a a _____ il ___/___/____
residente a _____ via _____ n. _____

CHIDE di poter usufruire dei seguenti orari di frequenza:
(Fleggare la scelta richiesta)

TARIFFE RESIDENTI A ROMAGNANO SESIA:

ORARIO FULL-TIME (dalle 8:30 alle ore 17:00): € 420

ORARIO PART-TIME (dalle 8:30 alle ore 13:00): € 290

TARIFFE NON RESIDENTI A ROMAGNANO SESIA:

ORARIO FULL-TIME (dalle 8:30 alle ore 17:00): € 490

ORARIO PART-TIME (dalle 8:30 alle ore 13:00): € 360

Si richiede l'iscrizione al servizio (Fleggare la scelta richiesta):

PRE NIDO: DALLE 7:30

POST NIDO: FINO ALLE 18:00

Euro 15,00 mensili a servizio richiesto (con possibilità di rimborso qualora il Comune ricevesse il finanziamento dalla Regione Piemonte previsto dal bando di prolungamento orario)

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI ACCETTARE IL PAGAMENTO DELLE TARIFFE PREVISTE PER IL SERVIZIO, CHE SI IMPIEGA A CORRISPONDERE MENSILMENTE, CON LE MODALITA' E I TEMPI STABILITI DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE.

A TAL FINE DICHIARA

(consapevole delle responsabilità, anche penali, in caso di false dichiarazioni,
ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000)

SITUAZIONE FAMILIARE

risultante dalla certificazione anagrafica rilasciata dal comune di residenza

Cognome	Nome	Data di nascita	Residenza	Rapporto di parentela

CODIZIONI PARTICOLARI

- Che altri figli frequentano il micro nido al Comune di Romagnano Sesia – indicare:
nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il ___/___/____;
- che il/la bambino/a per il/la quale si richiede l'ammissione al micro nido è portatore di handicap fisico, psichico o sensoriale (allegare la certificazione rilasciata dalla competente Struttura Sanitaria);
- che l'inserimento al micro nido viene valutato elemento necessario per la tutela psico-fisica del bambino da parte del Servizio Sociale (allegare la relativa relazione o proposta).

SITUAZIONE LAVORATIVA

TIPOLOGIA DI IMPIEGO	padre	madre
Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupato/a iscritto/a al Centro per l'impiego o altre liste di collocamento (anche private e sempre documentate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studente regolarmente iscritto con obbligo di frequenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non occupato/casalinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si indicano gli ulteriori recapiti telefonici ai quali i richiedenti possono essere contattati per ogni necessità:

nominativo _____ telefono _____

nominativo _____ telefono _____

Data ___/___/_____

Firma _____

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEI DICHIARANTI (Regolamento dell'UE n. 679/2016)

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali del Regolamento dell'UE n. 679/2016 si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente richiesta o nelle dichiarazioni collegate, sono raccolti per poter accedere al servizio. Tali dati saranno trattati solo per i fini connessi all'erogazione del servizio. Per il trattamento di tali dati il titolare è il COMUNE di Romagnano ed il responsabile è il Sindaco. I dati personali verranno conservati e trattati sia con strumenti informatici che cartacei, nella completa osservanza delle misure di sicurezza previste dalla legge. Chi fornisce i propri dati personali ha diritto alla conoscenza del loro utilizzo, ad ottenerne l'aggiornamento ad opporsi al loro trattamento ed a tutto quanto previsto del Regolamento dell'UE n. 679/2016.

Do il consenso

Nego il consenso

Data ___/___/_____

Firma _____