

COMUNE DI ACI CATENA
CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA

**AL SIG. SINDACO DEL
COMUNE DI ACI CATENA**

**ISTANZA PER ASSEGNAZIONE POSTI – SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA DI
NIDO/MICRONIDO. DECRETO LEGISLATIVO N° 65 DEL 13/4/2017 –
ANNO EDUCATIVO 2020-2021**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ (cognome e nome)
Codice Fiscale _____ residente in Aci Catena
via _____ telefono _____ in qualità di
genitore/tutore

CHIEDE

di essere ammesso all'assegnazione di posti presso strutture che erogano servizi per la prima infanzia –
Sezione Nido/Micronido a favore di minori 0-36 mesi, per ciascuno dei figli di seguito indicati:

Nr.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita
1		
2		
3		
4		

A tal fine ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76)

DICHIARA

1. di essere residente nel Comune di Aci Catena da almeno 1 anno;
2. che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto parentela	Posizione lavorativa

3. che l'I.S.E. E. riferito ai redditi dell'anno 2019 del proprio nucleo familiare è pari a € _____;

4. che l'abitazione in cui risiede il nucleo è in: affitto € _____
 mutuo € _____
 di proprietà.

5. di possedere altri immobili: SI NO

6. di essere a conoscenza che l'assegnazione del posto avverrà per la frequenza di strutture del Comune di Aci Catena iscritte all'albo regionale degli enti socio-assistenziali;

7. di essere a conoscenza che, a parità di punteggio, si procederà all'assegnazione del posto a favore del nucleo familiare con assenza di supporto familiare e ISEE inferiore;;

8. di essere a conoscenza che l'assenza ingiustificata protratta per 15 giorni consecutivi comporta la decadenza del beneficio e l'assegnazione del posto revocato ad altro beneficiario secondo l'ordine di graduatoria;

9. di comunicare tempestivamente al Comune di Aci Catena, settore Servizi Sociali, l'eventuale ritiro definitivo del proprio figlio/a dal servizio indicato;

10. che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ diversamente abili con grado di invalidità pari a _____ %;

11. di trovarsi, ai fini della formulazione della lista d'attesa, nelle seguenti condizioni:

- occupazione di entrambi i genitori;
- unico genitore;
- richiesta di ammissione per figlio minore 0-3 anni con handicap certificato;
- assenza di supporto familiare
- interventi di tutela/affido/vigilanza del Servizio Sociale

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- A) copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- B) attestato I.S.E.E. riferito al reddito dell'anno 2019
- C) altri documenti utili ai fini della valutazione.

DATA _____

FIRMA

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. n° 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Europeo n° 679/2016.

DATA _____

FIRMA
