

**AL COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA
All'Ufficio Pubblica Istruzione**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO ALLE FAMIGLIE
CON FIGLI MINORI DI ETÀ COMPRESA TRA I 3-36 MESI PER IL POTENZIAMENTO
DEL SERVIZIO ASILO NIDO SALINO, IL FENICOTTERO ROSA, ANNO 2025/2026.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 28 dicembre 2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
Nata a _____ (Prov.____) il _____
Codice Fiscale _____
Cell. _____ e-mail _____

**CHIEDE
in qualità di genitore**

L'iscrizione del/i proprio/i figlio/i di età compresa tra i 3-36 mesi presso gli asili nido privati o centri ludici prima infanzia presenti nel territorio comunale, regolarmente autorizzati al funzionamento, come da Avviso Pubblico adottato con Determina n. 1257 del 31 ottobre 2025.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/ 2000 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. n.445/2000, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**A) Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti di ammissione:
(barrare la casella corrispondente)**

essere cittadino italiano o di uno stato membro dell'UE o di una nazione non UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno alla data di pubblicazione del presente avviso;

essere residente nel Comune di Margherita di Savoia in via _____ n. _____;

avere uno o più figli fiscalmente a carico, di età compresa tra 3-36 mesi, per i quali si intende fruire del servizio asilo nido, e qui di seguito indicato/i:

- il figlio _____ di mesi _____;
- il figlio _____ di mesi _____;
- il figlio _____ di mesi _____;
- il figlio _____ di mesi _____;

**A) Di essere in possesso del seguente ISEE 2025 (per un max. di punti 40):
(barrare la casella corrispondente)**

<input type="radio"/>	da 0 e fino a € 5.000,00	Punti n. 40
<input type="radio"/>	da € 5.001,00 e fino a € 10.000,00	Punti n. 25
<input type="radio"/>	Da € 10.001,00 a € 15.000,00	Punti n. 15

**A) Di avere uno dei seguenti carichi di cura familiari (per un max. di punti 30):
(barrare la casella corrispondente)**

<input type="radio"/>	In presenza nel nucleo familiare di componenti disabili	Punti n. 30
-----------------------	---------------------------------------------------------	-------------

Ovvero in assenza nel nucleo familiare di componenti disabili:

<input type="radio"/>	Nucleo composto da 2 componenti minori	Punti n. 10
<input type="radio"/>	Nucleo composto da 3 componenti minori	Punti n. 20
<input type="radio"/>	Nucleo composto da 4 componenti minori	Punti n. 30

A) Di essere in una delle seguenti condizioni lavorative delle figure genitoriali (per un max. di punti 30): (barrare la casella corrispondente)

<input type="radio"/>	Nucleo familiare monogenitoriale con genitore lavoratore	Punti n. 30
<input type="radio"/>	Nucleo familiare con entrambe le figure genitoriali lavoratrici	Punti n. 20
<input type="radio"/>	Nucleo familiare con entrambe le figure genitoriali, di cui almeno un lavoratore	Punti n. 10

Dichiara, altresì, che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Parentela
1				
2				
3				
4				
5				

Dichiara, infine:

- di non beneficiare o non aver beneficiato nell'anno 2025/2026 di altri contributi erogati da soggetti pubblici o privati per la stessa tipologia di servizio (es. bonus INPS, voucher regionale, ecc...);

- che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto richiesta di partecipazione al presente Avviso Pubblico;
- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico rivolto alle famiglie con figli minori di età compresa tra i 3-36 mesi per il potenziamento del servizio asilo nido anno 2025/2026;
- che quanto dichiarato in ogni parte della domanda corrisponde al vero;
- di essere consapevole che devono essere presentati tutti i documenti richiesti entro i termini di scadenza stabiliti dall'Avviso pubblico, pena l'esclusione dalla suddetta domanda di partecipazione.

Margherita di Savoia, (data) _____ / _____ / _____

Il Richiedente

(firma)

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Copia di un documento di identità in corso di validità del genitore richiedente;
- Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- Certificazione o autocertificazione attestante la presenza nello stato di famiglia di persone con disabilità
- Certificazione o autocertificazione attestante la condizione lavorativa dei genitori.

N.B. Non saranno accettate le domande incomplete (verificare la presenza di tutti gli allegati richiesti) e/o non firmate, e/o presentate oltre il termine fissato dal presente avviso pubblico.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. (UE) 2016/679

Con la sottoscrizione si autorizza al trattamento dei propri dati sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR.

Margherita di Savoia, (data) _____ / _____ / _____

Il/La Richiedente

(Firma)