



COMUNE DI ITTIRI



**Alla Coop. Sociale "Manitese"**

[coopmanitese@pec.confcooperative.it](mailto:coopmanitese@pec.confcooperative.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
*genitore /tutore/affidatario*

mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

*Cognome e nome*

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

**sia ammesso/a alla frequenza del Nido D'Infanzia *CoroCreo***

***nell'anno educativo 2024/25***

**con il seguente orario di frequenza**

- Tempo normale (dalle 07.30 alle 14.00) - € 350.00 al 31/10/24
- tempo prolungato (dalle 07.30 alle 16.00) - € 369.50 al 31/10/24
- Tempo prolungato fino alle 18.00 – € 389.00 al 31/10/24

A tal fine, consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

**Di avere la seguente situazione familiare**

#### **Composizione nucleo familiare**

Rapporto di parentela con il bambino	Cognome e nome	Data e luogo di nascita



COMUNE DI ITTIRI



- Di essere genitore di un bambino (quello per il quale si inoltra la presente istanza) con disabilità
- Di costituire col bambino una famiglia monoparentale
- Di avere all'interno del proprio nucleo familiare una persona disabile (certificata ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3)
- Di essere consapevole che le tariffe indicate nell'avviso subiranno un aumento dal mese di novembre

**Di avere la seguente situazione lavorativa**

Genitore	Lavoro/ Azienda/Ente presso cui lavora	Tempo pieno	Tempo part-time
padre			
madre			

**SI ALLEGA**

- Copia del documento di identità in corso di validità del genitore richiedente
- Certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, del bambino per cui si richiede l'iscrizione
- Certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3 della persona appartenente al nucleo familiare del bambino per cui si richiede l'iscrizione
- Copia del libretto delle vaccinazioni

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_