

OGGETTO: RICHIESTA ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO COMUNALE DAL 1° SETTEMBRE 2019.

COGNOME E NOME DEL BAMBINO: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

I sottoscritt_____

nat_ a _____ il _____

residente a _____, via _____ n. _____

cod. fiscale _____ tel. _____, genitore del _____

bambin_ sopra generalizzato, residente a _____

CHIEDE

di voler ammettere I propri__ figli__ alla frequenza dell'Asilo Nido di Gliaca con decorrenza
1 settembre 2019

per orario normale (entrata dalle 7,45 alle 8,50 - uscita dalle 14,30 alle 15,00)

per orario differenziato (entrata come sopra - uscita dalle 12,30 alle 13,00)

A tale scopo, dichiara di accettare le norme dettate dal Regolamento di Gestione dell'Asilo stesso
(scaricabile dal sito www.comune.piraino.me.it - sez. Regolamenti) e di impegnarsi a
corrispondere le rette mensili come stabilite da codesta Amministrazione Comunale.

Allega alla presente:

1) autocertificazione attestante il possesso dei requisiti previsti dal bando

2) Documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni così come previsto dal D.L. n.
73 del 07/06/2017

3) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

IL RICHIEDENTE

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che l bambin _____

nat a _____ il _____

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella

è esonerat__ da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata)

ha omissso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata)

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

(luogo, data)

Il Dichiarante
