

MODULO CONVIVENTI BISOGNOSI ASSISTENZA O IMPOSSIBILITATI A TENERE IL BAMBINO

ALLEGATO A ISCRIZIONE NIDO DI

(NOME DEL BAMBINO ISCRITTO)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il residente a
in Via , n° Tel.
mail Codice Fiscale

a conoscenza delle sanzioni amministrative e penali previste dagli Artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e s. m. i.

DICHIARA sotto la propria responsabilità

che il/la convivente nato/a a
(nominativo)
il necessita di assistenza e cura in quanto titolare di invalidità pari al ____%
riconosciuta da specifica certificazione rilasciata in data Protocollo n°
dal competente ufficio sede di
Via , n° ;

che il/la convivente nato/a a
(nominativo)
il non è in grado di accudire al bambino in quanto:
 è impegnato/a in attività lavorativa dipendente presso
..... ;
(indicare identificativi datore di lavoro)
 è impegnato/a in attività lavorativa autonoma o libero professionale
..... ;
(indicare tipologia)
 è studente/ssa presso ;
(indicare tipologia Scuola e anno di frequenza)
 è affetto da grave patologia che impedisce lo svolgimento dei compiti di vigilanza ed
assistenza al minore documentata da certificazione rilasciata il Prot. n°
dall'Azienda U.S.L. n° di e/o certificato del Medico
curante Dott. rilasciato il

Luogo e data

Firma

NOTA BENE:

Il presente modulo va compilato in ogni parte, sottoscritto e allegato all'iscrizione on-line o inoltrato alla pec dell'Unione protocollo@pec.unionerubiconemare.it.

Qualora non dovesse pervenire, con le modalità sopra indicate, nei termini di chiusura del bando il punteggio relativo alla produzione del presente modulo **NON VERRA' ASSEGNATO.**