***Modello B***

Alla c.a.

Direttore dell'Azienda Consortile

"Agro Solidale"

via M. Pittoni, 1 - Pagani (SA)

**Oggetto: Conferma iscrizione all’asilo nido comunale di Sarno - Fondi PAC Infanzia - II riparto – anno educativo 2019-2020**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

la conferma dell’iscrizione **all’asilo nido comunale di Sarno - FONDI PAC INFANZIA**:

 tempo pieno ⁮ part time[[1]](#footnote-2)

per l’anno educativo 2019-2020 a favore del minore:

*(Cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

**TRASMETTE**

la seguente documentazione:

1. Copia della certificazione ISEE aggiornata all’ultima dichiarazione fiscale;
2. Copia della documentazione dell’avvenuta vaccinazione o certificazione redatta dal pediatra attestante la motivazione relativa all’omissione o il differimento della vaccinazione o copia della richiesta di vaccinazione all’ASL;
3. Copia fotostatica di un documento di identità e del Codice Fiscale, in corso di validità, del richiedente;
4. Copia fotostatica del Codice Fiscale del minore.

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.*

*Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. É informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l’eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l’impossibilità da parte dell’Ente di dar corso alla domanda.*

*Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Frequenza minima di 5 ore giornaliere per 5 giorni a settimana [↑](#footnote-ref-2)