COMUNE DI ALBISSOLA MARINA

comune certificato bandiera blu

SETTORE SERVIZI AL CITTADINO
SERVIZIO ASILO NIDO

Spett. Comune di Albissola Marina
Settore Servizi al Cittadino – Servizio Asilo Nido
17012 – Albissola Marina

Servizio Refezione
NIDO D'INFANZIA COMUNALE
"CA' DI PICCIN"

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE OBBLIGATORIAMENTE IN OGNI SUA PARTE)

Modulo da restituire, debitamente compilato, all'Ufficio Protocollo del Comune di Albissola Marina sportello Unico Polivalente - (Orario: da lunedì a venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00)
O INVIATO MEDIANTE SCANSIONE ai seguenti indirizzi:
e-mail: protocollo@comune.albissolamarina.sv.it
pec: comunealbissolamarina@legalmail.it –
(NON VERRANNO CONSIDERATE VALIDE FOTOGRAFIE O WHATSAPP)

RICHIEDENTE
(Persona che esercita la responsabilità genitoriale)

Il sottoscritto/a (nome e cognome)

……

Nato a …… (Prov. ……) il ……

Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Comune di residenza …… (Prov ……) Via /P.zza …… nr.civ ……

Cittadinanza italiana…… altro ……..

☐ **celibe** ☐ **nubile** ☐ **coniugato/a** ☐ **vedovo/a** ☐ **altro**
(barrare la casella corrispondente alla propria situazione)

Recapiti telefonici (fisso e cellulare): ……..

Email:.....

Indirizzo di DOMICILIO (se diverso dalla residenza – per recapito corrispondenza)

……...

C H I E D E
di voler fruire del servizio di refezione per il Nido d'infanzia Comunale "Cà di Piccin"
per l'anno educativo 2023/2024 per il proprio figlio/a

DATI DEL MINORE

Cognome …….. Nome……..

Data di nascita ……. Comune di nascita ……

Cittadinanza italiana …….. altro …….

Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Comune di residenza …… Via/P.zza ……nr. civ ……

Prov …… CAP……

DICHIARA nel caso sussistano INTOLLERANZE O DIETE PARTICOLARI

Che il minore (nome e cognome) _____
necessita di: (barrare la casella prescelta)

☐ **Dieta speciale** (per utenti affetti da patologie di tipo cronico o portatori di allegrie o intolleranze alimentari)
Gli utenti interessati alle **diete destinate a soggetti affetti da patologie o allergie alimentari/intolleranze,** dovranno rivolgere istanza sempre allegando adeguata certificazione del medico curante.

_____

_____

☐ **Diete per esigenze etico/religiose o vegetariane** - Indicare gli alimenti da escludere dalla dieta:

_____

_____

DICHIARA

- ai sensi dall'art. 76 del D.P.R.28.12.2000 nr. 445, che è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell' art.75 del D.P.R. 28.12.2000 nr. 445 che decadrà dai benefici eventualmente ottenuti qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese;
- di aver preso visione del regolamento asilo nido comunale (adottato con Delibera di C. C. nr . 16 del 25/05/2023) disponibile:
  - sul sito del Comune di Albissola Marina: http://www.comune.albissolamarina.sv.it/index.php/documenti/modulistica/servizi-sociali/asilo-nido :
  - in formato cartaceo presso l'ufficio U.R.P. e ufficio Servizi sociali;
- di impegnarsi a informare tempestivamente ogni variazione riguardante ogni elemento identificativo riportato nella domanda di ammissione l'Ufficio Servizi Sociali del Comune mediante:
  - e-mail assistenza@comune.albissolamarina.sv.it - pec comunealbissolamarina@legalmail.it
- di essere a conoscenza che l'informativa riguardante il trattamento dei dati personali è consultabile al link https://privacy.nelcomune.it/comune.albissolamarina.sv.it.
- **di impegnarsi a corrispondere le rette e gli importi a far data dal mese di gennaio 2024 che verranno comunicati successivamente.**

Data…… Firma ……

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità