

Al Dirigente Scolastico

DIREZIONE DIDATTICA DI CASTEL SAN PIETRO TERME

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' art.47 D.P.R. 28/12/2000, n.445

ALLEGATA ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. 2018-19

SCUOLE dell' INFANZIA CAPOLUOGO e S. MARTINO in PEDRIOLO

Tutti i requisiti devono essere posseduti e dichiarati entro il **06 FEBBRAIO 2018**, fatta eccezione per la residenza, il cui termine di acquisizione risulta fissato per il 31/08/18 - Non saranno accolte modifiche o integrazioni all'autodichiarazione dopo l'uscita delle graduatorie definitive

Il/la sottoscritto/a _____

padre **madre** **tutore** esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a _____
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R 445 del 28/12/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- di essere residenti** nel Comune di Castel S. Pietro Terme in via _____
- di essere domiciliati** nel Comune di Castel S. Pietro Terme in via _____ **ma residenti** nel Comune di _____ in via _____ Prov. _____ Regione _____
- di essere Residenti nel Comune di _____ ma che il nucleo familiare acquisirà** la Residenza nel Comune di Castel San Pietro Terme in via/piazza _____ **entro il 31/08/2018** o che in tale data risulterà essere stata presentata domanda di residenza all'Ufficio Anagrafe del Comune di cui sopra e di essere consapevole che, qualora tale requisito non dovesse essere posseduto entro tale termine, la domanda d'iscrizione verrà ricollocata in coda alla graduatoria.
(residenti /domiciliati nello stradario d'utenza hanno la precedenza)
- che il proprio figlio è nato nell'anno 2013 2014 2015 **PRECEDENZA**
(al maggiore d'età per anno di nascita)
- che il proprio figlio (**con esclusione degli anticipatari**) residente/domiciliato non è stato ammesso alla scuola dell'infanzia nell'A.S.17/18 per mancanza di posti (iscrizione presentata entro il termine previsto) **PRECEDENZA**

- Le seguenti condizioni socio-familiari:

- Bambino con certificazione L.104 (**si allega documentazione comprovante**) (inserimento da concordarsi in concertazione con famiglie, Servizi Sociali dell'ASL ed ente educativo tramite contatti individuali) **PRECEDENZA**
- Bambino orfano di un genitore o entrambi o riconosciuto da un solo genitore **PRECEDENZA**
- Bambino con genitore affetto da handicap o grave infermità con invalidità superiore al 74% (**si allega documentazione comprovante**) **PRECEDENZA**
- Bambino in affidamento educativo come da atto del Giudice Tutelare **PRECEDENZA**
- Bambino con gravi problematiche familiari documentate dai Servizi Sociali **PRECEDENZA**
- Fratelli frequentanti la Scuola dell'infanzia nell'A.S. 18/19 **p.3**
- Bambino che vive in un nucleo familiare incompleto o dissociato in cui manca realmente la figura paterna o materna (carcere, emigrazione, separazione legale, divorzio, ragazza madre, provvedimento del tribunale di affidamento del figlio/i ad un solo genitore) **In nessuno di questi casi deve esserci convivenza a qualsiasi titolo con altra persona** **p.8**
(Nell'effettuazione dei controlli a campione sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni rilasciate ci si avvarrà della collaborazione della Polizia Municipale di Castel San Pietro o dell'Autorità Competente)
- Per ogni adulto convivente inabile e privo di autonomia personale con invalidità superiore al 74%, o fratello/sorella portatore di handicap compresa nello stato di famiglia del bambino (**si allega documentazione comprovante**) **p.3**

- La seguente situazione lavorativa:

Attività lavorativa del **padre** (i punteggi sono calcolati in proporzione ai mesi lavorati):

- Tempo determinato (n. mesi _____) (p. 1/12 x mese dal 07/02/2017 al 06/02/2018)
 - Tempo indeterminato (n. mesi _____) (p. 1/12 x mese dal 07/02/2017 al 06/02/2018)
- Professione _____ **fino a 29** ore settimanali (come da contratto) **p.2**
 fino a 36 ore settimanali (come da contratto) **p.3**
 oltre le 36 ore settimanali (come da contratto) **p.4**
- Dati identificativi sede lavorativa effettiva **fuori** dal Comune di Castel S. Pietro Terme e Comuni confinanti (Medicina, Ozzano, Dozza, Castel Guelfo, Monterenzio e Casalfiumanese (Valle Sillaro) **p.4**
- Datore di Lavoro / Ditta: _____
_____ (indicare il Comune)
- via _____
Comune _____ sede lavorativa effettiva **nel** Comune di Castel S. Pietro Terme o Comuni confinanti (Medicina, Ozzano, Dozza, Castel Guelfo), Monterenzio, Casalfiumanese (Valle Sillaro) _____ (indicare il Comune) **p.2** segue →

