



COMUNE DI SANT'ORESTE

Città Metropolitana di Roma Capitale

Al fine della richiesta di cui sopra,

ai sensi dell'art. 46/47 del Dpr 445/2000 e consapevoli delle sanzioni penali previste all'art 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA
la veridicità delle dichiarazioni anagrafiche come sopra specificate

e **DICHIARA**
altresì quanto segue:

1) STATO CIVILE DEI GENITORI (*in relazione al bambino per cui si chiede l'iscrizione-barrare una sola casella*):

Genitori coniugati o conviventi	<input type="checkbox"/>
Genitori separati legalmente/divorziati Oppure genitore celibe/nubile non convivente con l'altro genitore, oppure genitore vedovo/a oppure genitore unico	<input type="checkbox"/>

2) CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORE

	Madre	Padre	oppure soggetto con responsabilità genitoriale
Invalidità/disabilità/handicap grave (*) (<i>vedi punto 2a dei criteri per l'attribuzione punteggio</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidità/disabilità/handicap medio grave (*) (<i>vedi punto 2b dei criteri per l'attribuzione punteggio</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro a tempo pieno (alla data di presentazione della domanda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro a part-time superiore al 50% del tempo pieno (alla data di presentazione della domanda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro part-time/precario inferiore all'50% del tempo pieno (alla data di presentazione della domanda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casalinga/o, pensionata/o o in astensione dal lavoro per disoccupazione, collocazione in cassa integrazione, servizio sospeso a seguito emergenza Covid, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Condizioni per le quali deve essere ALLEGATA specifica certificazione



COMUNE DI SANT'ORESTE

Città Metropolitana di Roma Capitale

3) SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

a	Numero di figli (<i>specificare il numero</i>):	
	figlio/i gemello/i	n.
	figlio/i in età 0/3 anni (calcolata in base all'anno di nascita)	n.
	figlio/i in età 4/10 anni (calcolata in base all'anno di nascita)	n.
	figlio/i in età 11/14 anni (calcolata in base all'anno di nascita)	n.
b	figlio/i in condizione di handicap grave (*) (<i>vedi punto 2a dei criteri per l'attribuzione punteggio</i>)	n.
c	figlio/i in condizione di handicap medio (*) (<i>vedi punto 2b dei criteri per l'attribuzione punteggio</i>)	n.
d	figlio/i con gravi problematiche di natura familiare e socio-culturale segnalate dalla ASL (*)	n.
E	cura da parte di un genitore di nonno/i (<i>specificare il numero</i>) in condizione di invalidità, disabilità o handicap (<i>vedi punti 2a e 2b dei criteri per l'attribuzione punteggio</i>) residente/i presso il nucleo familiare del bambino (**)	n.

(*) Condizioni per le quali deve essere allegata specifica certificazione

(**) Condizioni per le quali deve essere prodotta specifica certificazione e compilazione Allegato 1 da parte del parente in condizione di invalidità, disabilità o handicap

Sant'Oreste, _____

Firma
