

ISCRIZIONE NIDO INTEGRATO DI FARRA D'ALPAGO ANNO EDUCATIVO 2026/2027

I sottoscritti:

- PADRE _____ Codice Fiscale _____
 Cell. _____ e-mail _____
- MADRE _____ Codice Fiscale _____
 Cell. _____ e-mail _____

Residenti in _____ Via /Piazza _____ n. _____

genitori di:

_____ nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ C.F. _____

- ▶ **Chiedono** di iscrivere il/la figlio/a suindicato/a al Nido Integrato di Farra d'Alpago a decorrere dalla data del ___ / ___ / _____ e di scegliere il MODULO _____

Ai fini della formulazione dell'apposita graduatoria dichiarano quanto segue:

| | Criteri per la formulazione della graduatoria <i>A sinistra mettere una X se rientrate nei primi due campi, mettere il numero nei campi successivi</i> | Riservato ALZ per punteggio |
|----|--|--------------------------------|
| | Residenza nel territorio dell'Unione Montana Alpagò | |
| | Presenza di un solo genitore (vedovo/a – nubile/celibe o con figlio riconosciuto da un solo genitore) | |
| n. | Genitore lavoratore a tempo pieno | |
| n. | Genitore lavoratore part-time | |
| n. | Per ogni fratello con + di 3 anni | |
| n. | Per ogni fratello con – di 3 anni | |

I bambini che hanno frequentato l'anno educativo precedente hanno la priorità nella graduatoria al fine di garantire la continuità educativa.

A parità di punteggio si valuta la data di presentazione della domanda.

Eventuali ulteriori casistiche particolari verranno prese in esame dalla Direzione dell'AziendALZ.

- ▶ **Allegano l'ISEE MINORENNI in corso di validità ed eventualmente** ogni documento ritenuto necessario al fine di evidenziare la situazione socio-familiare per l'attribuzione del punteggio di precedenza.
- ▶ **Dichiarano** di aver preso visione e conoscenza del vigente regolamento del Nido Integrato di Farra d'Alpago;

ALPAGO

Centro Servizi Socio Assistenziali dell'Alpago
 SAD Servizi Sociali e Domiciliari
 Nido Integrato di Farra d'Alpago

LONGARONE

Centro Servizi "L. Barzan"
 SAD Servizi Sociali e Domiciliari
 Asilo Nido Girotondo
 Poliambulatorio FisiolZ

ZOLDO

Centro Servizi "A. Santin"
 SAD Servizi Sociali e Domiciliari
 Farmacia Monte Pelmo



VEDI TUTTI I CONTATTI

www.aziendalz.it

- **Dichiarano** inoltre di essere a conoscenza che:
1. in caso dichiarazioni non veritiere oltre alla decadenza del beneficio ottenuto, si procederà all'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità con atti e dichiarazioni mendaci;
 2. il trattamento dei dati personali di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al Regolamento UE 2016/679 avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge;
 3. la comunicazione di ammissione avverrà tramite lettera.
- Si impegnano a pagare la retta di frequenza entro 30 giorni dalla data di emissione della ricevuta/fattura e chiedono che questa venga intestata al seguente genitore:
- Madre _____
- Padre _____
- Dichiarano infine di aver preso visione del prospetto delle rette di frequenza

li _____

Firma: _____

Allegati:

- fotocopia di un documento di riconoscimento valido di entrambi i genitori
- consenso al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione degli stessi
- ISEE minorenni necessario per applicazione tariffa agevolata
- modello addebito continuativo

ALPAGO

Centro Servizi Socio Assistenziali dell'Alpago
SAD Servizi Sociali e Domiciliari
Nido Integrato di Farra d'Alpago

LONGARONE

Centro Servizi "L. Barzan"
SAD Servizi Sociali e Domiciliari
Asilo Nido Girotondo
Poliambulatorio FisiolZ

ZOLDO

Centro Servizi "A. Santin"
SAD Servizi Sociali e Domiciliari
Farmacia Monte Pelmo

