



**Città Metropolitana di Torino
COMUNE DI SAN MAURIZIO CANAVESE**

**Settore Istruzione, Cultura ed Attività Produttive
Servizio Istruzione e Politiche Sociali**

Telefono 011-9263299 C.F.-P.IVA: 01126920014

Piazza Martiri della Libertà n. 1 – C.A.P. 10077

www.comune.sanmauriziocanavese.to.it

e-mail: istruzione@comune.sanmauriziocanavese.to.it

**DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE NIDO D'INFANZIA COMUNALE
"IL NIDO DEI QUADROTTI"
ANNO EDUCATIVO 2026/2027**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2020)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., per dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

DICHIARA

| DATI DEL RICHIEDENTE | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|---------|--------------------------------------|-----------------|--|-----------|---------------------------------|--|--|
| Cognome | | | | | | | Nome | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> padre | | | <input type="checkbox"/> madre | | | | <input type="checkbox"/> affidatario | | | | <input type="checkbox"/> tutore | | |
| Nato/a il | | | | Luogo di nascita | | | | Cittadinanza | | | | | |
| Comune di residenza | | | | | | | Prov. | | | CAP | | | |
| Indirizzo residenza | | | | | | | | | | n. civico | | | |
| Cellulare | | | | | | | Altro recapito telefonico | | | | | | |
| e-mail | | | | | | | PEC | | | | | | |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | |
| Genitore con invalidità | | no <input type="checkbox"/> | | si <input type="checkbox"/> | | in data | | % di invalidità | | | | | |
| (se si): accertata da _____ | | | | | | | | | | | | | |

| ALTRO GENITORE DEL MINORE | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---------|---------------------------|-----------------|--|-----------|--|--|--|
| Cognome | | | | | | | Nome | | | | | | |
| Nato/a il | | | | Luogo di nascita | | | | Cittadinanza | | | | | |
| Comune di residenza | | | | | | | Prov. | | | CAP | | | |
| Indirizzo residenza | | | | | | | | | | n. civico | | | |
| Cellulare | | | | | | | Altro recapito telefonico | | | | | | |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | |
| Genitore con invalidità | | no <input type="checkbox"/> | | si <input type="checkbox"/> | | in data | | % di invalidità | | | | | |
| (se si): accertata da _____ | | | | | | | | | | | | | |

| DATI DEL MINORE | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|--|--|-------|--------------|--|-----------|--|--|--|
| Cognome | | | | | | | Nome | | | | | | |
| Nato/a il | | | | Luogo di nascita | | | | Cittadinanza | | | | | |
| Comune di residenza | | | | | | | Prov. | | | CAP | | | |
| Indirizzo residenza | | | | | | | | | | n. civico | | | |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | |
| Minore con invalidità no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| (se si) allegare la documentazione attestante la disabilità/invalidità | | | | | | | | | | | | | |

| ORARIO DI LAVORO DEL DICHIARANTE | |
|----------------------------------|--|
| | Part-time a meno di 20 ore settimanali |
| | Part-time fra 20 e 35 ore settimanali |
| | Full time |
| | Studente/ssa lavoratore/rice |

| ORARIO DI LAVORO DELL'ALTRO GENITORE | |
|--------------------------------------|--|
| | Part-time a meno di 20 ore settimanali |
| | Part-time fra 20 e 35 ore settimanali |
| | Full time |
| | Studente/ssa lavoratore/rice |

| SCELTA ORARIO DI FREQUENZA | |
|----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | tempo pieno |
| <input type="checkbox"/> | part-time solo mattina |
| <input type="checkbox"/> | part-time solo pomeriggio |
| <input type="checkbox"/> | richiesta pre-nido |

| ADEMPIMENTI VACCINALI | |
|---|----|
| Le vaccinazioni obbligatorie sono state regolarmente effettuate | |
| <input type="checkbox"/> | si |
| <input type="checkbox"/> | no |

Il sottoscritto prende atto che la presentazione del presente modulo è finalizzata esclusivamente alla redazione di una graduatoria PROVVISORIA, redatta in ordine alla data di inoltro, che dovrà essere rideterminata dal nuovo gestore del servizio di asilo nido anche avuto riguardo ai requisiti di accesso al servizio e alla capacità di ricezione del nido.

San Maurizio Canavese, li _____

In Fede
