



DOMANDA DI ISCRIZIONE

AL NIDO D'INFANZIA COMUNALE DI DIANO MARINA

ANNO SCOLASTICO 2026-2027

All'ufficio asilo nido del Comune di Diano Marina

Il/la sottoscritto/a _____
residente a _____ in via _____

In qualità di

- genitore
- esercente l'autorità genitoriale
- unico genitore a causa di vedovanza o mancato riconoscimento

chiede l'ammissione al Nido d'Infanzia di Diano Marina - anno scolastico 2026/2027 del/la figlio/a:

(nome e cognome) _____

- Richiedo la frequenza a tempo pieno con pasto (orario dalle 07.30 alle 18.00)
- Richiedo la frequenza a tempo parziale con pasto (orario dalle 07.30 alle 13.00)

Ai fini della definizione delle graduatorie fornisco le seguenti informazioni:

- Il/la bambino/a ha già frequentato l'asilo nido di Diano Marina nell'A.S. 25/26?

no si

-Il/la bambino/a è già inserito nella lista d'attesa/graduatoria di un servizio di nido d'infanzia ?

no si (se si indicare il nome del nido)_____

-Il nido d'infanzia di Diano Marina è frequentato da altri figli ?

no si (se si indicare il nome dei bambini frequentanti il nido)_____

FIGLIO/A

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Bambino/a in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92 no si

PADRE

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Recapiti telefonici _____

E mail _____

persona invalida con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura pari o superiore al 74% (L. 118/1971)

lavoratore

Professione svolta: _____

Sede di lavoro _____

rapporto di lavoro a tempo pieno/libero professionista rapporto di lavoro a tempo parziale

Orari di lavoro _____

MADRE

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Recapiti telefonici _____

E mail _____

persona invalida con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura pari o superiore al 74% (L. 118/1971)

lavoratore

Professione svolta: _____

Sede di lavoro _____

rapporto di lavoro a tempo pieno/libero professionista rapporto di lavoro a tempo parziale

Orari di lavoro _____

ALTRA PERSONA ESERCENTE L'AUTORITA' GENITORIALE

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Recapiti telefonici _____

E mail _____

persona invalida con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura pari o superiore al 74% (L. 118/1971)

lavoratore

Professione svolta: _____

Sede di lavoro _____

rapporto di lavoro a tempo pieno/libero professionista rapporto di lavoro a tempo parziale

Orari di lavoro _____

Dichiaro di aver preso visione del "REGOLAMENTO DEL NIDO D'INFANZIA COMUNALE" approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 35 del 24/05/2026

Allego copia del documento d'identità e codice fiscale del richiedente

Diano Marina _____

Firma
