

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
PER L'ANNO SCOLASTICO 2018/2019****PUNTEGGIO PRINCIPALE****I SCELTA DEL TIPO DI FREQUENZA**

Indicate, in ordine di preferenza (1°/2°e seguenti), il tipo di frequenza a cui siete interessati.

Tipo di frequenza  
**TEMPO PIENO**

Dalle ore 8.30 alle ore 16 con possibilità di tempo anticipato dalle 7.30 alle 8.30 e prolungato dalle 16 alle 18. Bambini di età compresa dai 5 ai 36 mesi

Tipo di frequenza  
**PART-TIME**Dalle ore 7,30 alle ore 13,00. (5 gg.di frequenza)  
Bambini di età compresa dai 9 ai 36 mesi.Tipo di frequenza  
**PART-TIME LIMITATO**Dalle ore 8,00 alle 13,00. (3 gg. di frequenza con  
con pasto)  
Bambini di età compresa dai 12 ai 36 mesi

La sede sarà prioritariamente il nido Peter Pan in via Curiel 11 a San Martino in Rio. Il nido Gazza Ladra in via Erbosa 1 sarà attivato solo al raggiungimento di requisiti numerici validi.

**II DATI ANAGRAFICI DEL MINORE E SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

 in adozione  in affido  in carico ai servizi sociali certificazione sanitaria Legge 104/92 (disabili) Nucleo incompleto in cui manchi effettivamente la figura paterna o materna per gravi ed oggettivi fatti esterni (decessi, carcerazioni, emigrazioni, bambini riconosciuti da un solo genitore)Conviventi nel nucleo familiare bisognosi di assistenza?  SÌ  NO

Se sì specificare età, grado di parentela col bimbo/a, percentuale di invalidità: \_\_\_\_\_

**ALTRI FIGLI**E' in corso una nuova gravidanza?  SÌ  NO

\* Presentazione dell'esito delle Analisi di laboratorio.

n. \_\_\_\_\_ figli 0-2 anni inserito al nido d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli 0-2 anni non inserito al nido d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli 3-5 anni inserito alla scuola d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli 3-5 anni non inseriti alla scuola d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli frequentanti scuola dell'obbligo

n. \_\_\_\_\_ figli 15-18 anni

presenza di bambini in affidamento o in adozione all'interno del nucleo familiare

### III PADRE

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Età

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio

\_\_\_\_\_  
Condizioni di salute generali

\* Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

#### CONDIZIONE PROFESSIONALE

- LAVORATORE DIPENDENTE  
 LAVORATORE AUTONOMO  
 STAGIONALE O PRECARIO  
 ISCRITTO UFF. COLLOCAM.  
 CASSA INTEGRAZIONE ORDINARIA  
 CASSA INTEGRAZIONE STRAORDINARIA  
 STUDENTE  
 PENSIONATO O INABILE  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**SE LAVORATORE DIPENDENTE**  
(ANCHE STAGIONALE, PART-TIME, ECC.)

\_\_\_\_\_  
Qualifica professionale (operaio, impiegato, quadro, dirigente, ...)

\_\_\_\_\_  
Ente o Ditta presso cui è assunto

\_\_\_\_\_  
Indirizzo della Ditta

\_\_\_\_\_  
Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo della Ditta) tel.

\_\_\_\_\_  
Data di assunzione Eventuale data di fine rapporto

**TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI COME DA CONTRATTO (esclusi eventuali straordinari):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mattino dalle ore alle ore

\_\_\_\_\_  
Pomeriggio dalle ore alle ore

#### SE LAVORATORE AUTONOMO

\_\_\_\_\_  
Professione (artigiano, libero professionista, imprenditore..)

\_\_\_\_\_  
Ramo di attività (edilizia, trasporti, alimentari, consulenze...)

\_\_\_\_\_  
Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratore..)

\_\_\_\_\_  
Nome della Ditta

\_\_\_\_\_  
Indirizzo della Ditta tel.

\_\_\_\_\_  
Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo della Ditta) tel.

**TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:** \_\_\_\_\_

### IV MADRE

\_\_\_\_\_  
Mattino dalle ore alle ore

\_\_\_\_\_  
Pomeriggio dalle ore alle ore

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Età

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio

\_\_\_\_\_  
Condizioni di salute generali

\* Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

#### CONDIZIONE PROFESSIONALE

- LAVORATRICE DIPENDENTE  
 LAVORATRICE AUTONOMA  
 STAGIONALE O PRECARIA  
 ISCRITTA UFF. COLLOCAM.  
 CASSA INTEGRAZIONE ORDINARIA  
 CASSA INTEGRAZIONE STRAORDINARIA  
 STUDENTESSA  
 PENSIONATA O INABILE  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**SE LAVORATRICE DIPENDENTE**  
(ANCHE STAGIONALE, PART-TIME, ECC.)

\_\_\_\_\_  
Qualifica professionale (operaia, impiegata, quadro, dirigente, ...)

\_\_\_\_\_  
Ente o Ditta presso cui è assunta

\_\_\_\_\_  
Indirizzo della Ditta

\_\_\_\_\_  
Sede di lavoro (se diversa dall'indirizzo della Ditta) tel.

\_\_\_\_\_  
Data di assunzione Eventuale data di fine rapporto

**TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI COME DA CONTRATTO (esclusi eventuali straordinari):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mattino dalle ore alle ore

\_\_\_\_\_  
Pomeriggio dalle ore alle ore

#### SE LAVORATRICE AUTONOMA

\_\_\_\_\_  
Professione (artigiano, libero professionista, imprenditore, ...)

\_\_\_\_\_  
Ramo di attività (edilizia, trasporti, alimentari, consulenze, ...)

\_\_\_\_\_  
Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratore...)

\_\_\_\_\_  
Nome della Ditta

\_\_\_\_\_  
Indirizzo della Ditta tel.

Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo della Ditta) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:** \_\_\_\_\_

Mattino dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Pomeriggio dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

## PER TUTTE LE CATEGORIE DI LAVORATORI

Assenze sistematiche dalla famiglia con pernottamento fuori sede (per motivi di lavoro):

DA 2 A 5 GIORNI ALLA SETTIMANA

PER INTERE SETTIMANE

REPERIBILITÀ:  SÌ  NO

Indicare frequenze e modalità, dato eventualmente certificabile dal datore di lavoro: \_\_\_\_\_

Distanza sede di lavoro:  0-15 km  15-30  30-50

+ di 50

Turni notturni e festivi

Turni serali

## ALTRA CONDIZIONE LAVORATIVA (ES.PREARIO, COLL.CONTINUATIVA...)

(Nome della Ditta) \_\_\_\_\_

(Data inizio e fine contratto) \_\_\_\_\_

(Sede di lavoro) \_\_\_\_\_

**TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:** \_\_\_\_\_

Mattino dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Pomeriggio dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

## V NONNI PATERNI

### NONNO PATERNO

Deceduto?  SÌ  NO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Vi \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ n^ \_\_\_\_\_

Distanza residenza dalla famiglia

0-10 KM  11-20 KM  OLTRE I 21 KM

Pensionato ?  SÌ  NO

(se non pensionato compilare gli spazi di seguito)

(Professione) \_\_\_\_\_

(Ditta presso cui lavora) \_\_\_\_\_

a tempo pieno  stagionale  periodicità (mesi \_\_\_\_\_)

part-time  N^ ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_

Condizioni psico-fisiche: \_\_\_\_\_

Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione

E' impegnato in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)?  SÌ  NO

## NONNA PATERNA

Deceduta?  SÌ  NO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

\* Allegare apposita documentazione

## PER TUTTE LE CATEGORIE DI LAVORATORI

Assenze sistematiche dalla famiglia con pernottamento fuori sede (per motivi di lavoro):

DA 2 A 5 GIORNI ALLA SETTIMANA

PER INTERE SETTIMANE

REPERIBILITÀ:  SÌ  NO

Indicare frequenze e modalità, dato eventualmente certificabile dal datore di lavoro: \_\_\_\_\_

Distanza sede di lavoro:  0-15 km  15-30  30-50

+ di 50

Turni notturni e festivi

Turni serali

## ALTRA CONDIZIONE LAVORATIVA (ES.PREARIO, COLL.CONTINUATIVA...)

(Nome della Ditta) \_\_\_\_\_

(Data inizio e fine contratto) \_\_\_\_\_

(Sede di lavoro) \_\_\_\_\_

**TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:** \_\_\_\_\_

Mattino dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Pomeriggio dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

## VI NONNI MATERNI

### NONNO MATERNO

Deceduto?  SÌ  NO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n^ \_\_\_\_\_

Distanza residenza dalla famiglia

0-10 KM  11-20 KM  OLTRE I 21 KM

Pensionato ?  SÌ  NO

(se non pensionato compilare gli spazi di seguito)

(Professione) \_\_\_\_\_

(Ditta presso cui lavora) \_\_\_\_\_

a tempo pieno  stagionale  periodicità (mesi \_\_\_\_\_)

part-time  N^ ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_

Condizioni psico-fisiche: \_\_\_\_\_

Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

E' impegnato in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)?  SÌ  NO

\* Allegare apposita documentazione

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Distanza residenza dalla famiglia:

0-10 km  11-20 km  oltre i 21 km

## NONNA MATERNA

Deceduta?  SÌ  NO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Distanza residenza dalla famiglia:

0-10 km  11-20 km  oltre i 21 km

Pensionata?  SÌ  NO

(se non pensionata compilare gli spazi di seguito)

Professione \_\_\_\_\_

Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_

a tempo pieno  stagionale  periodicità (mesi \_\_\_\_\_)

a part time n° ore settimanali: \_\_\_\_\_

Condizioni psico-fisiche: \_\_\_\_\_

**\* Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.**

E' impegnata in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)?  SÌ  NO

**\* Allegare apposita documentazione.**

Pensionata?  SÌ  NO

(se non pensionata compilare gli spazi di seguito)

Professione \_\_\_\_\_

Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_

a tempo pieno  stagionale  periodicità (mesi \_\_\_\_\_)

a part time n° ore settimanali: \_\_\_\_\_

Condizioni psico-fisiche: \_\_\_\_\_

**\* Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.**

E' impegnata in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)?  SÌ  NO

**\* Allegare apposita documentazione.**

**Reddito imponibile lordo del padre (Dati CUD 2018) anno 2017**

**Reddito imponibile lordo della madre (Dati CUD 2018) anno 2017**

(Se il documento non è in vostro possesso, verrà richiesto solo in caso di necessità come 3° criterio ai fini della graduatoria)

Il/la sottoscritto/a padre/madre (i cui dati anagrafici sono resi nell'apposita sezione del presente modulo) dichiara che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero, inoltre:

- autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'ufficio competente nell'ambito di tali verifiche;
- è consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy;
- è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del Testo Unico n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio.

DICHIARO INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DELLA LETTERA INFORMATIVA SULL'OBBLIGO VACCINALE E DI RESTITUIRE IL MODULO RELATIVO ALLEGANDOLO ALLA PRESENTE

**Il/la Dichiarante**

(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

San Martino in Rio, lì \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - 2018

**ATTENZIONE:** Bisogna firmare in ufficio davanti all'incaricata della raccolta. Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri si deve allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato (art. 38 T.U. 445/2000)

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Si attesta che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza

San Martino in Rio, lì \_\_\_\_\_

L'addetto \_\_\_\_\_

**Importante:** E' necessario allegare alla presente domanda il certificato vaccinale del minore che si può richiedere alla Pediatria di Comunità (Ambulatorio Vaccinazioni dell'AUSL) al CUP (dell'AUSL) o stampandolo dal fascicolo sanitario elettronico se attivato. In caso di impossibilità, si può rilasciare un'autocertificazione ma nel mese di giugno, in caso di accoglimento del minore al nido, va consegnato il certificato vaccinale.

Per i non residenti, va allegata un'autocertificazione dello stato di famiglia.

