

N. DOMANDA _____

SEZIONE _____

PUNTEGGIO _____

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI NIDO D'INFANZIA
ANNO SCOLASTICO 2016/2017**

DATI DEL BAMBINO/A

Cognome Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cell. _____ Mail _____

Indicando il cellulare e/o l'indirizzo e-mail se ne autorizza l'uso per comunicazioni relative alle procedure, compresa l'eventuale somministrazione di un questionario relativo al servizio. Le comunicazioni potrebbero essere effettuate esclusivamente tramite questo mezzo.

SCELTA DEL NIDO

Indicate, in ordine di preferenza, in quali nidi siete disponibili ad accettare il posto:

(Nel caso in un territorio comunale le strutture disponibili siano solo due, le preferenze esprimibili possono essere soltanto due)

Preferenze 1. _____

2. _____

3. _____

N.B. La preferenza espressa è indicativa, ma non vincolante per l'assegnazione del posto

SCELTA DEL REGIME ORARIO DI FREQUENZA

TEMPO NORMALE

PART TIME

ACCETTAZIONE DEL POSTO (Non compilare - parte riservata all'ufficio)

Il/la sottoscritto/a _____

Accetta l'ammissione al NIDO _____ Sez. _____

Intestatario fattura _____ C.Fiscale _____

_____, li _____

SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Il bambino è portatore di handicap Si No
(Se già disponibile, allegare la relativa certificazione)

Assenza di un genitore dal nucleo familiare Si No
(Escluso il caso in cui il nucleo familiare sia di fatto ricomposto)

In caso di risposta affermativa, specificare se il minore per il quale è richiesto il servizio è:

Orfano o riconosciuto da un solo genitore

Riconosciuto da entrambi i genitori

Fratelli/sorelle presenti nello stesso nucleo familiare del bambino

Nome _____ Anno di nascita _____

Nome _____ Anno di nascita _____

Nome _____ Anno di nascita _____

Nome _____ Anno di nascita _____

Presenza di famigliari conviventi da assistere con invalidità certificata Si No
(Occorre allegare la relativa certificazione)

In caso di risposta affermativa, specificare nome, parentela con il bambino richiedente il servizio (genitore, fratello o altro) e grado di invalidità:

Nome _____ Parentela _____ % invalidità _____

Nome _____ Parentela _____ % invalidità _____

La domanda di iscrizione è per gemelli Si No
 In caso di risposta affermativa, specificare:

Due gemelli (compreso il bambino richiedente)

Tre o più gemelli

Nuova gravidanza in corso Si No
(Occorre allegare la relativa certificazione)

Valore aggiornato (2015 o 2016) dell'ISEE del nucleo familiare
 (dato non obbligatorio; verrà utilizzato solo in caso di parità di punteggio)

SITUAZIONE LAVORATIVA DEL PADRE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Lavoratore autonomo o con contratto a tempo indeterminato o di durata uguale o superiore all'anno **Si** **No**

Lavoratore con contratto di durata inferiore all'anno **Si** **No**

Professione/Tipo di lavoro _____

Indirizzo del luogo di lavoro e denominazione della Ditta _____

_____ Tel. _____

Monte ore di lavoro settimanale

Superiore o uguale a 30 ore

Da 21 a 29 ore

Inferiore a uguale a 20 ore

Incarico a progetto

Assente dalla famiglia per lavoro con pernottamento fuori casa

Per tutta la settimana

Per almeno una settimana al mese

Pendolare (riferito alla sede di lavoro - più di 15 km. misurati da centro città a centro città) **Si** **No**

Turnista con impegno notturno

(attività svolta tra le ore 22 e le ore 6 e per almeno 4 ore)

Sempre lavoro notturno

Con turnazione notturna

Lavoratore senza sede fissa **Si** **No**

(rappresentanti, agenti di commercio, altro con spostamenti quotidiani e abituali a distanze superiori ai 15 km)

Disoccupato **Si** **No**

Non occupato per invalidità **Si** **No**

Lavoratore/studente **Si** **No**

(regolarmente iscritto all'anno scolastico in corso)

Studente in corso regolare di studio

Scuola secondaria superiore o Formazione professionale

Università

Sede e corso frequentato _____

SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA MADRE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Lavoratrice autonoma o con contratto a tempo indeterminato o di durata uguale o superiore all'anno Si No

Lavoratrice con contratto di durata inferiore all'anno Si No

Professione/Tipo di lavoro _____

Indirizzo del luogo di lavoro e denominazione della Ditta _____

_____ Tel. _____

Monte ore di lavoro settimanale

Superiore o uguale a 30 ore

Da 21 a 29 ore

Inferiore o uguale a 20 ore

Incarico a progetto

Assente dalla famiglia per lavoro con pernottamento fuori casa

Per tutta la settimana

Per almeno una settimana al mese

Pendolare (riferito alla sede di lavoro - più di 15 km. misurati da centro città a centro città) Si No

Turnista con impegno notturno

(attività svolta tra le ore 22 e le ore 6 e per almeno 4 ore)

Sempre lavoro notturno

Con turnazione notturna

Lavoratrice senza sede fissa Si No

(rappresentanti, agenti di commercio, altro con spostamenti quotidiani e abituali a distanze superiori ai 15 km)

Disoccupata Si No

Non occupata per invalidità Si No

Lavoratrice/studentessa Si No

(regolarmente iscritta all'anno scolastico in corso)

Studentessa in corso regolare di studio

Scuola secondaria superiore o Formazione professionale

Università

Sede e corso frequentato _____

AFFIDABILITA' AI NONNI

Nonno paterno: Età _____ Invalido Deceduto
Inserito in struttura protetta Pensionato Lavoratore
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)
Residente a _____ Indirizzo _____
(città)
Cognome e nome _____
Se lavoratore specificare:
Monte ore settimanale contrattuale _____

Nonna paterna: Età _____ Invalida Deceduta
Inserita in struttura protetta Pensionata Lavoratrice
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)
Residente a _____ Indirizzo _____
(città)
Cognome e nome _____
Se lavoratrice specificare:
Monte ore settimanale contrattuale _____

Nonno materno: Età _____ Invalido Deceduto
Inserito in struttura protetta Pensionato Lavoratore
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)
Residente a _____ Indirizzo _____
(città)
Cognome e nome _____
Se lavoratore specificare:
Monte ore settimanale contrattuale _____

Nonna materna: Età _____ Invalida Deceduta
Inserita in struttura protetta Pensionata Lavoratrice
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)
Residente a _____ Indirizzo _____
(città)
Cognome e nome _____
Se lavoratrice specificare:
Monte ore settimanale contrattuale _____

N.B.: *Occorre allegare le certificazioni di invalidità sia per i nonni che per i loro famigliari*

AVVERTENZE:

Le graduatorie definitive saranno pubblicate entro il mese di maggio 2016. Entro il mese di giugno 2016 saranno assegnati i posti a coloro che sono collocati in posizione utile nelle graduatorie. Le graduatorie stesse saranno aggiornate il **1° ottobre 2016** e il **2 gennaio 2017**. E' possibile presentare nuovi documenti che certifichino mutamenti nella situazione familiare e/o lavorativa dei genitori al fine di modificare, al momento dell'aggiornamento delle graduatorie, il punteggio assegnato.

Per dimettere il/la figlio/a dal nido, occorre firmare l'apposito modulo presso gli Uffici territoriali del settore Istruzione dell'Unione delle Terre d'Argine. **NON SI ACCETTANO DIMISSIONI TELEFONICHE**. La retta sarà addebitata fino alla data di dimissione.

Io sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e che in caso di dichiarazioni non veritiere potrà essere revocata l'assegnazione del posto,

DICHIARO

che quanto affermato nella presente domanda corrisponde al vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR 445/2000, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione dell'Unione.

DICHIARO INOLTRE

di essere informato secondo quanto previsto dall'art. 13 D.Lgs 196/2003 di quanto segue: "L'Unione delle Terre d'Argine è in possesso dei sopracitati dati personali, identificativi, sensibili e/o giudiziari per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti per le finalità indicate in questo modulo. I dati sensibili e giudiziari (di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) e e)) saranno trattati solo ed esclusivamente per adempiere agli scopi indicati nel presente modulo. In qualunque momento gli interessati potranno esercitare i diritti degli interessati di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003 contattando il Responsabile del settore Istruzione nella persona del Dirigente pro-tempore, con sede in Corso Alberto Pio 91- Carpi (Mo), tel. 059 649708, fax 059 649719. L'informativa completa denominata "**Utenti Settore Istruzione**" può essere consultata su www.terredargine.it/informative oppure richiesta telefonando a QuiCittà allo 059/649213

La Famiglia richiedente si impegna, in caso di ammissione, a essere disponibile alla somministrazione di un questionario di soddisfazione dell'utenza relativo al Servizio ricevuto.

IL/LA DICHIARANTE (firma di un genitore)

(occorre firmare presso l'ufficio del settore Istruzione davanti all'incaricato della raccolta. Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri occorre allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato)

