



COMUNE DI CASTELLARANO

Provincia di Reggio Emilia

ANNO SCOLASTICO 2018/2019

DOMANDA per l'AMMISSIONE al NIDO D'INFANZIA

per i nati nel 2016-2017- gennaio e febbraio 2018 (marzo 2018 con riserva)

IO SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A AIL

RESIDENTE A(frazione).....

VIA.....NR.....

TEL.e-mail.....

Cell.....CON DOMICILIO (solo se diverso dalla residenza)

aVIA.....NR

CHIEDO L'AMMISSIONE

per mio/a figlio/a

nato/a ail

Barrare con una crocetta la modalità di frequenza prescelta; se la scelta riguarda più modalità, numerarle in ordine preferenziale.

Si precisa che:

- l'iscrizione ad un servizio comporterà l'esclusione dall'altro non scelto.
- l'iscrizione a più servizi comporterà, in base all'ordine della graduatoria, l'inserimento in uno dei prescelti e l'esclusione dall'altro indicato

NIDO D'INFANZIA "Il Mare delle Meraviglie" (Via della Pace,12):

Posto Tempo pieno (dalle 8,00 fino alle 16,00)

Posto Part – Time (dalle 8,00 fino alle 13,00)

(Possibilità di entrare dalle 7,30 per necessità lavorative documentate da certificati di lavoro)

Prendo atto che la scelta preferenziale del servizio non è vincolante per il Comune e che i bambini sono inseriti nelle diverse modalità di frequenza sulla base dei posti disponibili, secondo l'ordine della graduatoria di ammissione.

(Compilare in stampatello)

Io sottoscritto _____ ai sensi del DPR 445/2000, dichiaro quanto segue:

Dati riguardanti il bambino per cui si presenta domanda	
Il bambino è portatore di handicap ? (se si allegare certificato dell'AUSL)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
La famiglia del bambino è seguita dai servizi sociali? (allegare relazione di richiesta dei servizi sociali)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Il bambino è orfano o riconosciuto da un solo genitore?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Il bambino è inserito in un nucleo incompleto che manchi effettivamente di madre o di padre causa carcerazioni, emigrazioni o separazione?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Il bambino è rimasto in lista d'attesa per l'intero anno scolastico, quale richiesta inevasa, nell'anno precedente (punteggio non valido se ha rinunciato al posto)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Dati riguardanti i familiari del bambino	
Padre /Madre (generalità dell'altro genitore non dichiarante)	
Nome e cognome _____	
Nato il _____ a _____	
Residenza (se diversa da quella del genitore dichiarante) _____	
Fratelli o sorelle (compresi nello stato di famiglia):	
1.....	NATO IL.....
2.....	NATO IL.....
3.....	NATO IL.....
4.....	NATO IL.....
Altri figli già inseriti, frequentanti il nido nell'anno 2018/2019	n. _____
Domanda per gemelli o più fratelli da inserire al nido	n. _____
Componenti della famiglia (non genitori e compresi nello stato di famiglia) con invalidità superiore al 66% (allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità)	n. _____

Dati riguardanti i genitori
Lavoro dei genitori (il punteggio viene assegnato qualora i genitori siano ambedue occupati e si riferisce sia al richiedente, sia al coniuge o all'altro genitore). Si considerano quali attività lavorative: il lavoro dipendente anche in caso di cassa integrazione ordinaria, il lavoro autonomo, il contratto di formazione-lavoro, l'apprendistato, il lavoro interinale, il servizio militare o sostitutivo civile, il lavoro precario oltre nove mesi nell'anno in corso e precedente ; si considera altresì impegnato in attività lavorativa lo studente non lavoratore iscritto regolarmente ad un corso di studio, inserito convenzionalmente nella fascia da 15 a 29 ore, qualora lo studente sia fuori corso considerarlo nella fascia a meno di 15ore. L'orario degli insegnanti a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 36 ore, in caso di part-time viene calcolato convenzionalmente in 18 ore.

Dati riguardanti il padre

LAVORATORE IN PROPRIO

DIPENDENTE a tempo INDETERMINATO

ALTRE TIPOLOGIE DI LAVORO (assunzioni a tempo determinato, lavoratori a progetto, Co.co.co, lavoro interinale, ecc..) periodo contrattuale: dal _____ al _____

Tipo di OCCUPAZIONE: _____

Nome della Ditta _____ sede a _____

Tel. _____ Fax. o e-mail dell'ufficio personale _____

Sede di lavoro (se diversa da quella indicata per la ditta): _____

Tel. _____ Fax. o e-mail dell'ufficio personale _____

Contratto per N° _____ ore di lavoro settimanali.

Orario settimanale di lavoro (**escluso** il tempo di andata e ritorno dal posto di lavoro, la pausa pranzo ed eventuali ore straordinarie):

LUNEDI' MARTEDI'

MERCOLEDI' GIOVEDI'

VENERDI' SABATO

è TURNISTA e rispetta i seguenti orari:

1° turno 2° turno 3° turno.....

Lavoratore in mobilità

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 6 mesi in un anno

Assenza dalla famiglia da 3 a 5 giorni alla settimana per un periodo complessivo superiore ai 6 mesi in un anno

Pendolarità - Distanza fra Comune o frazione di residenza e il luogo di lavoro (la pendolarità si determina in relazione alla distanza tra il luogo di attività prevalente e il Comune o frazione di residenza avuto riguardo alla distanza chilometrica convenzionale)

Da 15 a 50 KM

Oltre i 50 KM

Lavoratore senza sede fissa

(rappresentanti, agenti di commercio, autotrasportatori e assimilati)

Lavoratore saltuario, che ha lavorato fino a nove mesi tra l'anno in corso o il precedente o che ha lavorato per periodi superiori ai 9 mesi ma al momento disoccupato

Ultime sedi di lavoro/periodi lavorativi _____

Condizioni di salute del padre

Padre con invalidità oltre il 66 %

(allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità)

(punti non accumulabili con attività lavorativa)

Dati riguardanti la madre

LAVORATORE IN PROPRIO DIPENDENTE a tempo INDETERMINATO
 ALTRE TIPOLOGIE DI LAVORO (assunzioni a tempo determinato, lavoratori a progetto, Co.co.co, lavoro interinale, ecc..) periodo contrattuale: dal _____ al _____

Tipo di OCCUPAZIONE: _____

Nome della Ditta _____ sede a _____

Tel. _____ Fax. o e-mail dell'ufficio personale _____

Sede di lavoro (se diversa da quella indicata per la ditta): _____

Tel. _____ Fax. o e-mail dell'ufficio personale _____

Contratto per N° _____ ore di lavoro settimanali.

Orario settimanale di lavoro (escluso il tempo di andata e ritorno dal posto di lavoro, la pausa pranzo ed eventuali ore straordinarie):

LUNEDI' MARTEDI'

MERCOLEDI' GIOVEDI'

VENERDI' SABATO

è TURNISTA e rispetta i seguenti orari:

1° turno 2° turno 3° turno.....

Lavoratore in mobilità

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 6 mesi in un anno

Assenza dalla famiglia da 3 a 5 giorni alla settimana per un periodo complessivo superiore ai 6 mesi in un anno

Pendolarità - Distanza fra Comune o frazione di residenza e il luogo di lavoro (la pendolarità si determina in relazione alla distanza tra il luogo di attività prevalente e il Comune o frazione di residenza avuto riguardo alla distanza chilometrica convenzionale)

Da 15 a 50 KM

Oltre i 50 KM

Lavoratore senza sede fissa
(rappresentanti, agenti di commercio, autotrasportatori e assimilati)

Lavoratore saltuario, che ha lavorato fino a nove mesi tra l'anno in corso o il precedente o che ha lavorato per periodi superiori ai 9 mesi ma al momento disoccupato

Ultime sedi di lavoro/periodi lavorativi _____

CONDIZIONI di SALUTE della MADRE

Madre in gravidanza (allegare certif. medica)

Madre con invalidità oltre il 66 %
(allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità)
(punti non accumulabili con attività lavorativa)

II/La sottoscritto/a dichiara inoltre che:

N.B.* Per ogni nonno, indicata la residenza e la data di nascita: se residente oltre 20Km. o età oltre 70 anni al 31/12 dell'anno precedente, non occorre compilare altro.

Ai fini del controllo sulle autocertificazioni è necessario indicare anche:

- ✓ **per i nonni deceduti, nome cognome, data di nascita e ultima residenza**
- ✓ **per i nonni lavoratori il luogo di lavoro, indirizzo e telefono** (utilizzare righe aggiuntive)

- II NONNO PATERNO Sig.....nato il.....

Residente ain Via.....

è* (vedi NB sopra indicata) : DECEDUTO

PENSIONATO

LAVORATORE A TEMPO PIENO

LAVORATORE PART-TIME

PRESENTA UNA INVALIDITA' RICONOSCIUTA DEL% (allegare certificato)

- La NONNA PATERNA Sig. ra.....nata il.....

Residente ain Via.....

è* (vedi NB sopra indicata) : DECEDUTA

PENSIONATA/CASALINGA

LAVORATRICE A TEMPO PIENO

LAVORATRICE PART-TIME

PRESENTA UNA INVALIDITA' RICONOSCIUTA DEL% (allegare certificato)

PARTICOLARI CONDIZIONI DEI NONNI PATERNI:.....

.....
.....
.....

- II NONNO MATERNO Sig.....nato il.....

Residente ain Via.....

è* (vedi NB sopra indicata) : DECEDUTO

PENSIONATO

LAVORATORE A TEMPO PIENO

LAVORATORE PART-TIME

PRESENTA UNA INVALIDITA' RICONOSCIUTA DEL% (allegare certificato)

- La NONNA MATERNA Sig. ra.....nata il.....

Residente ain Via.....

è* (vedi NB sopra indicata) : DECEDUTA

PENSIONATA/CASALINGA

LAVORATRICE A TEMPO PIENO

LAVORATRICE PART-TIME

PRESENTA UNA INVALIDITA' RICONOSCIUTA DEL% (allegare certificato)

PARTICOLARI CONDIZIONI DEI NONNI MATERNI:.....

.....
.....
.....

Altre notizie sul bambino o la famiglia, ovvero informazioni che si ritiene necessario fornire:

.....
.....
.....
.....

MI IMPEGNO

Successivamente all'accoglimento dell'istanza:

- a corrispondere la quota mensile di contribuzione al costo del servizio determinata con deliberazione della Giunta Comunale.
- a comunicare tempestivamente e in forma scritta l'eventuale rinuncia o ritiro del bambino dal servizio.

AUTORIZZO

- l'Amministrazione Comunale all'utilizzo dell'immagine del/la bambino/a per attività connesse al ruolo e funzioni della Pubblica Amministrazione.
- le educatrici a condurre il bambino/a al di fuori della struttura comunale per passeggiate, visite e progetti educativi

DICHIARO

- di essere consapevole che **potranno essere effettuati controlli a campione e controlli mirati sulla veridicità di quanto dichiarato;**
- di essere consapevole delle pene previste per dichiarazioni mendaci e atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

Data

Firma

Qualora la sottoscrizione non avvenga davanti al dipendente pubblico addetto (es.: consegna tramite terzi, anche se parenti, invio per posta o per fax, ecc.) l'interessato deve allegare alla presente istanza/dichiarazione la copia fotostatica non autenticata di un proprio documento di identità.

INFORMATIVA D.LGS. 196/2003 – ART.13

Ai fini di cui all'art.13 del Decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa l'interessato che:

- 1) i dati dichiarati saranno utilizzati dal Comune di Castellarano esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse alla frequenza al nido;
- 2) il trattamento dei dati viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- 3) i dati non verranno comunicati a terzi;
- 4) il conferimento dei dati ha natura facoltativa;
- 5) la conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere comporta l'impossibilità di accogliere l'istanza;
- 6) il responsabile del trattamento dei dati è il dirigente del II settore;
- 7) in relazione al trattamento dei dati personali raccolti, l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall'art.13 del D.Lgs. 196/03 rivolgendosi all' Ufficio Scuola.