



# COMUNE DI CASTELLARANO

Provincia di Reggio Emilia

**ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

## **DOMANDA per l'AMMISSIONE al NIDO D'INFANZIA**

*per i nati nel 2017-2018-gennaio e febbraio 2019 (marzo 2019 con riserva)*

IO SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A A .....IL .....

RESIDENTE A .....(frazione).....

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

TEL. ....e-mail.....

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

a .....VIA.....NR .....

### **CHIEDO L'AMMISSIONE**

**per mio/a figlio/a** .....

**nato/a a** .....il .....

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:

|   |   |
|---|---|
| <b>Dati riguardanti il bambino per cui si presenta domanda</b>  |   |
| Il bambino è portatore di handicap ?<br>(se si allegare certificato dell'AUSL)  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| La famiglia del bambino è seguita dai servizi sociali?<br>(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 <b>effettivamente</b> 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"/> |
| <b>Dati riguardanti i familiari del bambino</b>   |   |
| <b>Padre /Madre (generalità dell'altro genitore non dichiarante)</b>  |   |
| Nome e cognome _____  |   |
| Nato il _____ a _____   |   |
| Residenza (se diversa da quella del genitore dichiarante)<br>_____  |   |
| 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 2019/2020  | 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%<br>(allegare certificato rilasciato da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità) | n. _____  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Dati riguardanti i genitori</b>   |  |
| <b>Lavoro dei genitori</b> (il punteggio viene assegnato qualora i genitori siano ambedue occupati e si riferisce sia al richiedente, sia al coniuge o all'altro genitore). <b>Si considerano quali attività lavorative:</b> 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 a .....in 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 a .....in 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 a .....in 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 a .....in 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.

#### **Trattamento dati personali e particolari. INFORMATIVA REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

Ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 di seguito "GDPR" il Comune di Castellarano in qualità di Titolare del trattamento è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari (art. 9 GDPR) per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali per le finalità indicate nel presente documento.

In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli art. 15 e ss contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo mail [privacy@comune.castellarano.re.it](mailto:privacy@comune.castellarano.re.it) oppure recandosi presso l'ufficio protocollo del Comune utilizzando l'apposito modulo.

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art.37 del GDPR è disponibile scrivendo a [dpo@tresinarosecchia.it](mailto:dpo@tresinarosecchia.it), oppure nella sezione privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente.

L'informativa completa può essere richiesta all'ufficio preposto, oppure scrivendo a [privacy@comune.castellarano.re.it](mailto:privacy@comune.castellarano.re.it) oppure consultabile sul sito del Comune <http://www.comune.castellarano.re.it>.