



DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO "IL TRENO MAGICO PER L'ANNO EDUCATIVO 2011/2012

Punteggio

I IL BAMBINO/ LA BAMBINA

Cognome e nome _____

nato/a a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ Prov _____ Cittadinanza _____

via _____ n° _____ tel. _____

Codice fiscale

recapiti telefonici _____

II SCELTA DELLA FASCIA ORARIA

Indicare, in ordine di preferenza (1°, 2°), le fasc e orarie preferite in base a quelle sotto riportate:

Pacchetto orario	Fascia oraria	Ordine di preferenza
6 h	7.30-13.30	
9h	7.30-16.30	

III COMPOSIZIONE ANAGRAFICA DEL NUCLEO FAMILIARE

N.B.: in caso di controlli può essere richiesta la presentazione di documenti a conferma di quanto autodichiarato.

Cognome e nome _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____

IV SITUAZIONE DI FATTO DEL NUCLEO FAMILIARE

N.B.: sezione da NON compilare se la situazione di fatto risulta uguale a quella anagrafica

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
----------------	------------------	-----------------	-----------------------

A CARICO FAMILIARE

Il punteggio per i figli appartenenti allo stesso nucleo familiare, escluso quello per cui si fa domanda, è attribuito in riferimento alla frequenza scolastica nell'anno educativo 2010-2011

<input type="checkbox"/> Domanda per gemelli	punti 6	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nuova gravidanza al momento della domanda	punti 5	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio di età inferiore a 3 anni e non accolto nella scuola dell'infanzia	punti 4	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio che frequenta la scuola dell'infanzia (materna)	punti 3	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio che frequenta la scuola primaria (elementare)	punti 2	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio che frequenta la scuola secondaria di 1° grado (media)	punti 1	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Presenza all'interno del nucleo familiare di persone con handicap o inferme non frequentanti servizi pubblici diurni, cui necessita prestare assistenza. Tale requisito dovrà essere documentato dalla Commissione ASL per l'invalidità civile col riconoscimento del 100% oppure ai sensi della L.104/92 o ai sensi della delib.C.R. 214/91 col riconoscimento di non autosufficienza.	punti 4	<input type="text"/>

B condizioni che danno diritto all'ammissione prioritaria

- Bambino in affidamento;
- Bambini portatori di handicap o con fratelli o genitori portatori di handicap grave;
- Orfani di uno o di entrambi i genitori;
- Altre situazioni su indicazione del servizio sociale.

<input type="checkbox"/> Genitori entrambi residenti a Dicomano e Londa ed entrambi occupati in attività lavorativa	punti 8	<input type="text"/>
---	---------	----------------------

<input type="checkbox"/> Nucleo monoparentale residente a Dicomano e Londa e occupato in attività lavorativa (un genitore che si occupa da solo dei figli)	punti 16	<input type="text"/>
--	----------	----------------------

V MADRE

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

E CONDIZIONE PROFESSIONALE

LAVORATRICE STABILE
(dipendente, auonoma, libera professionita)

PUNTI
8

DISOCCUPATA LICENZIATA O PRECARIA *
(con contratti a breve termine non super.a 6 mesi)

7

STUDENTESSA *

5

CASALINGA O PENSIONATA

4

*Tali condizioni possono essere attribuite ad uno solo dei due coniugi

SE LAVORATRICE DIPENDENTE

Qualifica professionale (operaia, impiegata, infermiera, dirigente, ...)

Ente o ditta presso cui è assunta _____

tel. _____

Data assunzione ed eventuale fine se assunta a termine _____

Sede effettiva di lavoro _____

VI PADRE

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

E CONDIZIONE PROFESSIONALE

LAVORATORE STABILE
(dipendente, auonoma, libera professionita)

PUNTI

8

DISOCCUPATO LICENZIATO PRECARIO *
(con contratti a breve termine non super.a 6 mesi)

7

STUDENTE *

5

CASALINGO O PENSIONATO

4

*Tali condizioni possono essere attribuite ad uno solo dei due coniugi

SE LAVORATORE DIPENDENTE

Qualifica professionale (operaio, impiegato, infermiere, dirigente, ...)

Ente o ditta presso cui è assunto _____

tel. _____

Data assunzione ed eventuale fine se assunto a termine _____

Sede effettiva di lavoro _____

V MADRE

SE TITOLARE DI CONTRATTO DI INCARICO PROFESSIONALE O A PROGETTO

Nome dell'azienda/ente/soggetto con cui si è stipulato in contratto

Data di inizio e fine contratto

Sede del lavoro

tel. _____

Professione

Sede effettiva di lavoro

SE LAVORATRICE AUTONOMA

Professione (artigiana, agricoltrice, libera professionista, imprenditrice...)

Ramo di attività (edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze)

Posizione occupata (socia, titolare, coadiuvante, amministratrice)

Nome e tipo di società (s.n.c. - s.p.a. - individuale...)

Indirizzo ditta

tel. _____

Data inizio attività _____

iscrizione INAIL _____ iscrizione INPS _____

Sede effettiva di lavoro

SE TITOLARE DI CONTRATTO DI INCARICO PROFESSIONALE O A PROGETTO

Nome dell'azienda/ente/soggetto con cui si è stipulato in contratto

Data di inizio e fine contratto

Sede del lavoro

tel. _____

Professione

Sede effettiva di lavoro

SE LAVORATORE AUTONOMO

Professione (artigiano, agricoltore, libero professionista, imprenditore...)

Ramo di attività (edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze)

Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratore)

Nome e tipo di società (s.n.c. - s.p.a. - individuale...)

Indirizzo ditta

tel. _____

Data inizio attività _____

iscrizione INAIL _____ iscrizione INPS _____

Sede effettiva di lavoro

VI PADRE

V MADRE

F PENDOLARITA'
*con riferimento alla distanza dell' abitazione dalla sede effettiva di lavoro.

		punti
Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 15 Km.	(1 punto)	
Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km.	(2 punti)	

N. Nel caso di nucleo monoparentale il punteggio dell' unico genitore che si occupa del figlio viene raddoppiato.

F PENDOLARITA'
*con riferimento alla distanza dell' abitazione dalla sede effettiva di lavoro.

		punti
Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 15 Km.	(1 punto)	
Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km.	(2 punti)	

N. Nel caso di nucleo monoparentale il punteggio dell' unico genitore che si occupa del figlio viene raddoppiato.

G ORARIO DI LAVORO
Totale ore lavorative settimanali N.

_____ come da contratto di lavoro esclusi straordinari

		punti
<input type="checkbox"/> Da 13 ore a 24 ore	(punti 1)	
<input type="checkbox"/> Da 25 ore a 30 ore	(punti 1,50)	
<input type="checkbox"/> Da 31 a 36 ore	(punti 2,50)	
<input type="checkbox"/> Oltre 36 ore	(punti 3)	

N. Nel caso di nucleo monoparentale il punteggio dell' unico genitore che si occupa del figlio viene raddoppiato.

G ORARIO DI LAVORO
Totale ore lavorative settimanali N.

_____ come da contratto di lavoro esclusi straordinari

		punti
<input type="checkbox"/> Da 13 ore a 24 ore	(punti 1)	
<input type="checkbox"/> Da 25 ore a 30 ore	(punti 1,50)	
<input type="checkbox"/> Da 30 a 36 ore	(punti 2,50)	
<input type="checkbox"/> Oltre 36 ore	(punti 3)	

N. Nel caso di nucleo monoparentale il punteggio dell' unico genitore che si occupa del figlio viene raddoppiato.

VI PADRE

VII INIDONEITA' DELL'ALLOGGIO

H	<input type="checkbox"/> Condizioni di inidoneità dell'alloggio (Presentare attestazione dell' Ufficiale Sanitario) punti 3	
----------	---	--

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
-DI AVER COMPILATO I QUADRI

I	II	III	IV	V	VI
---	----	-----	----	---	----

ED INOLTRE:

- autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dal Comune 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. 26 della legge 4/1/68 n. 15 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;

- ritiene di avere diritto ad un punteggio totale di n° _____ punti
 - allega fotocopia del certificato delle vaccinazioni obbligatorie
 - altri allegati: _____
-

Il/la dichiarante

Il/la dichiarante
(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

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

RISERVATO AL COMUNE

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

Data _____ L'addetto _____