



DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO "IL TRENO MAGICO" PER L'ANNO EDUCATIVO 2012/2013

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="checkbox"/> Nuova gravidanza al momento della domanda	punti 5	
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio di età inferiore a 3 anni e non accolto nella scuola dell'infanzia	punti 4	
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio che frequenta la scuola dell'infanzia (materna)	punti 3	
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio che frequenta la scuola primaria (elementare)	punti 2	
<input type="checkbox"/> Per ogni ulteriore figlio che frequenta la scuola secondaria di 1° grado (media)	punti 1	
<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	

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

V MADRE

VI PADRE

Cognome e nome _____

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

via-piazza n° _____

E CONDIZIONE PROFESSIONALE

	PUNTI
<input type="checkbox"/> LAVORATRICE STABILE (dipendente, auonoma, libera professionita)	8
<input type="checkbox"/> DISOCCUPATA LICENZIATA O PRECARIA * (con contratti a breve termine non super.a 6 mesi)	7
<input type="checkbox"/> STUDENTESSA *	5
<input type="checkbox"/> CASALINGA O PENSIONATA	4

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

E CONDIZIONE PROFESSIONALE

	PUNTI
<input type="checkbox"/> LAVORATORE STABILE (dipendente, auonoma, libera professionita)	8
<input type="checkbox"/> DISOCCUPATO LICENZIATO PRECARIO * (con contratti a breve termine non super.a 6 mesi)	7
<input type="checkbox"/> STUDENTE *	5
<input type="checkbox"/> CASALINGO O PENSIONATO	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 _____

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 _____

VI PADRE

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 _____

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)	<input type="text"/>
Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km. (2 punti)	<input type="text"/>

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

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

VI PADRE

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)	<input type="text"/>
Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km. (2 punti)	<input type="text"/>

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

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

VII INIDONEITA' DELL'ALLOGGIO

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

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 _____