

N. DOMANDA \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI NIDO D'INFANZIA  
ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

**DATI DEL BAMBINO/A**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Cellulari \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

E' stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: sì  no

*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 NIDO**

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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

**Il bambino è portatore di handicap**

*(Se già disponibile, allegare la relativa certificazione)*

Si

No

**Assenza di un genitore dal nucleo familiare**

*(Escluso il caso in cui il nucleo familiare sia di fatto ricomposto)*

Si

No

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**

*(Occorre allegare la relativa certificazione)*

Si

No

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**

In caso di risposta affermativa, specificare:

Si

No

Due gemelli (compreso il bambino richiedente)

Tre o più gemelli

**Nuova gravidanza in corso**

*(Occorre allegare la relativa certificazione)*

Si

No

**Valore aggiornato dell'ISEE 2018 o 2019 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 \_\_\_\_\_

N.B. Per gli insegnanti delle scuole statali di ogni ordine e grado viene considerato un orario di lavoro settimanale compreso tra le 21 e le 29 ore.

## 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 \_\_\_\_\_

N.B. Per gli insegnanti delle scuole statali di ogni ordine e grado viene considerato un orario di lavoro settimanale compreso tra le 21 e le 29 ore.

## AFFIDABILITA' AI NONNI

**Nonno paterno:** Et  \_\_\_\_\_ Invalido  Deceduto   
Inserito in struttura protetta  Pensionato  Lavoratore   
Assiste familiare invalido con invalidit  superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(citt )  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Se lavoratore specificare:  
Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**Nonna paterna:** Et  \_\_\_\_\_ Invalida  Deceduta   
Inserita in struttura protetta  Pensionata  Lavoratrice   
Assiste familiare invalido con invalidit  superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(citt )  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Se lavoratrice specificare:  
Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**Nonno materno:** Et  \_\_\_\_\_ Invalido  Deceduto   
Inserito in struttura protetta  Pensionato  Lavoratore   
Assiste familiare invalido con invalidit  superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(citt )  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Se lavoratore specificare:  
Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**Nonna materna:** Et  \_\_\_\_\_ Invalida  Deceduta   
Inserita in struttura protetta  Pensionata  Lavoratrice   
Assiste familiare invalido con invalidit  superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(citt )  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Se lavoratrice specificare:  
Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**N.B.: Occorre allegare le certificazioni di invalidit  sia per i nonni che per i loro familiari**

## AVVERTENZE:

Le graduatorie definitive saranno pubblicate entro il 9 maggio 2019. Entro il mese di maggio 2019 saranno assegnati i posti a coloro che sono collocati in posizione utile nelle graduatorie. Le graduatorie stesse saranno aggiornate il **1° ottobre 2019** e il **2 gennaio 2020**. 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 di quanto segue: "Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 di seguito GDPR l'Unione delle Terre d'Argine in qualità di Titolare del trattamento e' in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari ( art. 9 GDPR ) per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o interesse pubblico 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 artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo e-mail [privacy@terredargine.it](mailto:privacy@terredargine.it) Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR e' disponibile scrivendo a [responsabileprotezionedati@terredargine.it](mailto:responsabileprotezionedati@terredargine.it) oppure nella sezione Privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente. L'informativa completa puo' essere richiesta scrivendo a [privacy@terredargine.it](mailto:privacy@terredargine.it) oppure nella sezione Privacy del sito"
- ❖ di aver effettuato la scelta del/i nido/i in osservanza delle disposizioni del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

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)

\_\_\_\_\_, lì, \_\_\_\_\_