

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

SEZIONE \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA  
ANNO SCOLASTICO 2020/2021**

**DATI DEL BAMBINO/A**

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

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

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Cittadinanza: italiana  altro  \_\_\_\_\_

(indicare la nazionalità)

E' stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: sì  no

**SCELTA DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

Indicate, in ordine di preferenza, in quali scuole siete disponibili ad accettare il posto:

**Preferenze** 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**N.B. La preferenza espressa è indicativa, ma non vincolante per l'assegnazione del posto**

Orario di servizio richiesto:

Orario ordinario fino a 40 ore settimanali (termine entro le ore 16,00)

Orario ridotto con frequenza solo al mattino (uscita prima del pasto)

Orario prolungato fino a 50 ore settimanali (termine dopo le ore 16,00 ed entro le ore 18,00)

**N.B. L'orario prolungato fino a 50 ore settimanali può essere scelto solo nelle scuole in cui il servizio potrà essere attivato, fatto salvo il numero minimo di 7 iscritti. La sospensione dalla refezione e l'orario prolungato dovranno essere richiesti su appositi moduli entro i termini che saranno comunicati successivamente.**

**ACCETTAZIONE DEL POSTO** (Non compilare - parte riservata all'ufficio)

**N.B. L'accettazione del posto assegnato comporta la cancellazione dalle graduatorie/liste d'attesa predisposte da altre Istituzioni scolastiche (Scuole private) presenti nel territorio di Carpi**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Accetta l'ammissione alla SCUOLA D'INFANZIA \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

Intestatario fattura \_\_\_\_\_ C.Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

**Bambino/a con disabilità** Si  No   
*(Se già disponibile, allegare la relativa certificazione)*

**Assenza di un genitore dal nucleo familiare** Si  No   
*(Escluso il caso in cui il nucleo familiare sia di fatto ricostruito)*

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**  
*(indicare la scuola che sarà frequentata nell'a.s. 2019/20)*

Anno di nascita \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

**Presenza di famigliari conviventi da assistere con invalidità certificata** Si  No   
*(Occorre allegare la relativa certificazione)*

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** Si  No

In caso di risposta affermativa, specificare:

Due gemelli (compreso il bambino richiedente)

Tre o più gemelli

**Nuova gravidanza in corso** Si  No   
*(Occorre allegare la relativa certificazione)*

**SITUAZIONE LAVORATIVA DEL PADRE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Lavoratore autonomo o con contratto a tempo indeterminato o di durata superiore o uguale 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 contrattuale 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 del turno)

Sempre lavoro notturno Con turnazione notturna **Lavoratore senza sede fissa** Si  No   
(rappresentanti, agenti di commercio, artigiani, 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 superiore o uguale 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 contrattuale 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 del turno)

Sempre lavoro notturno Con turnazione notturna Lavoratrice senza sede fissa      Si       No 

(rappresentanti, agenti di commercio, artigiani, 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:** Età \_\_\_\_\_ Invalido  Deceduto   
Inserito in struttura protetta  Pensionato  Lavoratore   
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(città)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Se lavoratore specificare:

Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**Nonna paterna:** Età \_\_\_\_\_ Invalida  Deceduta   
Inserita in struttura protetta  Pensionata  Lavoratrice   
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(città)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Se lavoratrice specificare:

Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**Nonno materno:** Età \_\_\_\_\_ Invalido  Deceduto   
Inserito in struttura protetta  Pensionato  Lavoratore   
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(città)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Se lavoratore specificare:

Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

**Nonna materna:** Età \_\_\_\_\_ Invalida  Deceduta   
Inserita in struttura protetta  Pensionata  Lavoratrice   
Assiste familiare invalido con invalidità superiore al 67% (coniuge, fratello, figlio o genitore)   
Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
(città)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Se lavoratrice specificare:

Monte ore settimanale contrattuale \_\_\_\_\_

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

## ANNOTAZIONI:

---

---

---

---

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 delle Terre d'Argine.
- 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 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 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 è disponibile scrivendo a [responsabileprotezionedati@terredargine.it](mailto:responsabileprotezionedati@terredargine.it) oppure nella sezione Privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente. L'informativa completa può essere richiesta scrivendo a [privacy@terredargine.it](mailto:privacy@terredargine.it) oppure nella sezione Privacy del sito"
- di non aver richiesto l'iscrizione presso altre Istituzioni scolastiche (Scuole private) presenti nel territorio di Carpi
- di aver richiesto l'iscrizione anche presso la Scuola d'infanzia privata \_\_\_\_\_
- di aver effettuato la scelta della/e scuola/e in osservanza delle disposizioni del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

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