

UNIONE DEI COMUNI PIAN DEL BRUSCOLO
Strada Pian Mauro, n. 47
61010 Località Pian del Bruscolo - 61010 Tavullia (PU)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Punteggio
Posizione in graduatoria
Accesso garantito

DOMANDA DI AMMISSIONE

	<p><i>CENTRO PER L'INFANZIA</i> <i>MINI-NIDO</i> <i>(DA MESI 18 A MESI 36)</i></p>	
---	---	--

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome _____ **nome** _____

Padre **Madre** **Tutore**

DEL BAMBINO

cognome _____ **nome** _____

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, **dichiara** che il bambino di cui si chiede l'iscrizione è:

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

Inoltre **comunica**:

recapiti telefonici _____

indirizzo e-mail _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. n.446/2000 per la falsità degli atti e per le dichiarazioni mendaci e che, qualora, dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che l'Amministrazione può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione. D.Lgs. n.196/2003 – Art. 13 (privacy)

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA CONVIVENTE

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PARENTELA

(x) **Barrare la voce che interessa**

1. ACCESSI PRIORITARI

- 1.a bambini di famiglie con gravi difficoltà sociali e/o di inadeguatezza educativa (su relazione dei Servizi Sociali territoriali o altri servizi competenti);
- 1.b bambini con disabilità certificata;
- 1.c bambini di famiglia monoparentale (conviventi con un solo genitore);
- 1.d bambini in affido familiare;
- 1.e bambini aventi un genitore con invalidità (pari o superiore al 75%) disabilità o malattia grave certificata o titolare di assegno di accompagnamento;

N.B.

Per i casi di cui al punto 1.b e 1.e allegare alla presente domanda la relativa certificazione medica

2. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

	Parte riservata all'ufficio
<input type="checkbox"/> 2.a Stato di gravidanza della madre (documentato da certificazione)	
<input type="checkbox"/> 2.b Fratelli fino a 3 anni d'età; nato/a il.....*	
<input type="checkbox"/> 2.b.1 Se gemelli	
<input type="checkbox"/> 2.c Fratelli fino a 6 anni d'età; nato/a il.....*	
<input type="checkbox"/> 2.d Fratelli fino a 14 anni d'età; nato/a il.....*	
<input type="checkbox"/> 2.e Bambini con fratelli già frequentanti i Nidi d'infanzia – Centro per l'Infanzia/mini nido (requisito richiesto per l'anno di iscrizione)	
<input type="checkbox"/> 2.f Presenza, nel nucleo familiare di persone, diverse dai genitori, affette da invalidità (pari o superiore al 75%) disabilità o malattia grave certificata che necessitano di assistenza quotidiana o titolari di assegno di accompagnamento.	

N.B.* si considera l'età al momento della presentazione della domanda

3. ATTIVITA' LAVORATIVA DEI GENITORI

	Lavoro Padre o convivente	Lavoro Madre o convivente	Parte riservata all'ufficio
3.a Disoccupato/a con certificato di accertamento della stato di disoccupazione in base al D. Lgs. n.181/2000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.b. Studente a) di scuola superiore b) di studi universitari regolarmente in corso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.c. Lavoro autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.d Lavoro dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.e Lavoro dipendente + autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicare sede di lavoro Padre: (denominazione e indirizzo Ditta)			
Indicare sede di lavoro Madre: (denominazione e indirizzo Ditta)			

4. LAVORO IN TURNAZIONE

	Padre o convivente	Madre o convivente	Parte riservata all'ufficio
4.a mattino/pomeriggio/notte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.b un giorno al mattino/ un giorno al pomeriggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.c una settimana al mattino/ una settimana al pomeriggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. ORARIO DI LAVORO GIORNALIERO

	PADRE O CONVIVENTE		MADRE O CONVIVENTE		Parte riservata all'ufficio
	MATTINA	POMERIGGIO	MATTINA	POMERIGGIO	
	Dalle ore/ Alle ore	Dalle ore/ Alle ore	Dalle ore/ Alle ore	Dalle ore/ Alle ore	
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
SABATO					

6. ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE

	Padre o convivente	Madre o convivente	Parte riservata all'Ufficio
6.a da 18 a 24 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.b da 25 a 36 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.c da 37 a 40 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.d oltre le 40 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7 – PENDOLARITÀ (sede fissa): DISTANZA DEL LUOGO DI LAVORO DALL'ABITAZIONE (percorsi quotidiani solo andata)

	Padre o convivente	Madre o convivente	Parte riservata all'Ufficio
7.a da 20 a 40 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.b oltre i 40 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precisare la sede di lavoro			

8 - LAVORO FUORI SEDE

	Padre o convivente	Madre o convivente	Parte riservata all'Ufficio
8.a con rientri a casa settimanale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.b con rientro a casa dopo un periodo superiore a due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PAGAMENTO RETTA DI FREQUENZA

A - <input type="checkbox"/>	Versamento bancario	B - <input type="checkbox"/>	Addebito in c/c bancario
------------------------------	---------------------	------------------------------	--------------------------

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualunque variazione, a quanto sopra dichiarato, al Settore Affari Generali dell'Unione dei Comuni Pian del Bruscolo tel. 0721-499077 – fax 0721-491438 e-mail: info@unionepiandelbrusco.pu.it

Data di presentazione _____

Firma del richiedente _____

La presente dichiarazione è contestuale all'istanza di ammissione al Centro per l'infanzia/Mini-Nido rivolta in data all'Unione dei Comuni e pertanto ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Firma del Funzionario Incaricato al ritiro.
