



NASCE UN SORRISO

COOPERATIVA SOCIALE

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO D'INFANZIA AZIENDALE

Anno Educativo 2017/2018

Barrare con una **X** la graduatoria a cui si intende partecipare:

☐ **Graduatoria A** – bambini figli di dipendenti aziendali

☐ **Graduatoria B** – bambini del territorio comunale

La presente scheda deve essere compilata per ogni singolo utente che richiede il servizio.

Costo mensile € 620,00 (€ 590,00 + iva al 5%) per singolo bambino + sconto del 20% sulla quota del secondo figlio iscritto

Con riferimento all'Avviso pubblico relativo al Nido d'infanzia aziendale sito in Foggia Viale Pinto n. 1, per tutti i bambini di età compresa tra i tre mesi e i tre anni, rivolto ai genitori dipendenti dell'Azienda Ospedaliero "Ospedali Riuniti" di Foggia e ai genitori di bambini appartenenti al territorio comunale,

il sottoscritto

nato a il

C.F.:Padre/madre/esercente potestà genitoriale, del minore
.....,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione perderò i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità **dichiara quanto segue:**



DATI DEL BAMBINO/BAMBINA

Cognome e nome _____ Cittadinanza _____

Sesso: **M** ☐ **F** ☐ Nato a _____ il _____

Codice Fiscale: _____ Residente a _____

in via _____ tel. abitaz. _____

n. cell. _____

Affidamento: **SI** ☐ **NO** ☐ Adozione o in corso: **SI** ☐ **NO** ☐

Disabilità del/la bambino/a **SI** ☐ **NO** ☐ (da allegare apposito certificato rilasciato ai sensi della Legge 104/92)

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

DATI RELATIVI ALLA FAMIGLIA

• Elenco delle persone che appartengono allo stesso nucleo familiare:

cognome e nome	grado di parentela con il bambino	Data di nascita
1)	padre	.....
2)	madre	.....
3) .....	.....	.....
4) .....	.....	.....
5) .....	.....	.....
6) .....	.....	.....
7) .....	.....	.....
8) .....	.....	.....

• Presenza di familiari o conviventi che necessitano di continua assistenza con invalidità superiore al 66%: **SI** ☐ **NO** ☐
(allegare certificato attestante il grado di invalidità)

• Dichiaro che i genitori sono entrambi presenti nel nucleo familiare: **SI** ☐ **NO** ☐

Nel caso di risposta negativa specificare il caso:

☐ bambini riconosciuti da un solo genitore o orfano



☐ separazione legale o altro:..... (Allegare documento)

- Nuova gravidanza della madre:
(allegare certificato medico)

SI ☐ NO ☐

- Se entrambi i genitori sono stranieri il nucleo familiare è di recente immigrazione o ricongiungimento: SI ☐ NO ☐

☐ entrambi i genitori stranieri con ingresso in Italia negli ultimi 3 anni

☐ ricongiungimento di un genitore avvenuto negli ultimi due anni:.....(documentato)

- Famiglia in carico ai servizi sociali:

SI ☐ NO ☐

- Particolari condizioni familiari o personali:

Dichiaro che sussistono le seguenti altre particolari condizioni familiari, personali o lavorative:

.....
.....

DATI DEL PADRE/TUTORE

Cognome e nome nato a il

Cittadinanza Codice fiscale

Residente nel Comune di in via

Telefono Ufficiocellulare

STUDENTE:

Scuola/Università/Ente di formazione frequentato sede di
frequenza.....

IN CORSO ☐ FUORI CORSO ☐

(Allegare certificato di iscrizione)

CONDIZIONE LAVORATIVA:

☐ SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

DIPENDENTE comunale ☐ Dipendente altri Enti ☐ AUTONOMA ☐(specificare)

l'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso la Ditta/Io studio..... tel.

n. con sede abituale di lavoro a..... e numero complessivo di

ore settimanali con distanza dalla propria residenza pari a Km

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno: SI ☐ NO ☐

Lavoratori senza sede fissa (rappresentanti, agenzia di commercio o similari) SI ☐ NO ☐

Lavoratori con impegno notturno di almeno 2 notti la settimana: SI ☐ NO ☐

Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno; SI ☐ NO ☐



☐ **NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA**

INOCCUPATO ☐ DISOCCUPATO ☐

iscritto nell'elenco anagrafico dei Centri per l'impiego da almeno tre mesi: (allegare certificato) SI ☐ NO ☐

iscritto nell'elenco anagrafico dei Centri per l'impiego da meno di tre mesi: (allegare certificato) SI ☐ NO ☐

attualmente non occupato con contratto di lavoro risolto negli ultimi 12 mesi: (allegare certificato) SI ☐ NO ☐

DATI DELLA MADRE/TUTRICE

Cognome e nome nata a il

Cittadinanza Codice fiscale

Residente nel Comune di in via

Telefono Ufficio cellulare

STUDENTE:

Scuola/Università/Ente di formazione frequentato sede di
frequenza.....

IN CORSO ☐ FUORI CORSO ☐

(Allegare certificato di iscrizione)

CONDIZIONE LAVORATIVA:

☐ SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

DIPENDENTE comunale ☐ Dipendente altri Enti ☐ AUTONOMA ☐(specificare)

l'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso la Ditta/lo studiotel. n.

..... con sede abituale di lavoro ae numero complessivo di ore settimanali

..... con distanza dalla propria residenza pari a Km

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno: SI ☐ NO ☐

Lavoratori senza sede fissa (rappresentanti, agenzia di commercio o similari) SI ☐ NO ☐

Lavoratori con impegno notturno di almeno 2 notti la settimana: SI ☐ NO ☐

Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno; SI ☐ NO ☐

☐ NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA

INOCCUPATO ☐ DISOCCUPATO ☐

iscritto nell'elenco anagrafico dei Centri per l'impiego da almeno tre mesi: (allegare certificato) SI ☐ NO ☐

iscritto nell'elenco anagrafico dei Centri per l'impiego da meno di tre mesi: (allegare certificato) SI ☐ NO ☐

attualmente non occupato con contratto di lavoro risolto negli ultimi 12 mesi:(allegare certificato) SI ☐ NO ☐



DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO ED INOLTRE

- autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza o di recapito telefonico;
- è consapevole che se la domanda non verrà compilata in ogni parte, non sarà possibile procedere all'assegnazione del relativo punteggio;
- è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28-12-00 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;
- accetta di essere collocato nella retta massima qualora non farà pervenire l'attestazione ISEE relativa ai redditi dichiarati per l'anno 2016.

ALLEGATI

- ☐ fotocopia di documento di identità in corso di validità.
- ☐ fotocopia della dichiarazione e dell'attestazione ISEE relativi ai redditi dell'anno 2016.
- ☐ documento attestante la disabilità del/la bambino/a rilasciato ai sensi della Legge 104/92.
- ☐ certificato attestante grado di invalidità del familiare convivente.

Allega inoltre i seguenti documenti:

.....

.....

.....

LEGGE SULLA PRIVACY

Il sottoscritto inoltre prende atto che, in riferimento al Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 i "dati personali" inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamenti (raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, etc.) da parte del Settore Servizi alla Persona del Comune di Reggio Calabria. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona del Comune di Reggio Calabria.

L'interessato può altresì ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione alla legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

TABELLA PUNTEGGI

Nella tabella seguente il richiedente dovrà barrare con una **X** la casella corrispondente alla voce interessata. Le parti tratteggiate **non** devono essere barrate.

N.B. La compilazione della colonna del punteggio è riservata agli uffici della Struttura competente e, pertanto, non va riempita dal richiedente.



CRITERI DI ACCESSO DICHIARATI		Riferiti al nucleo familiare	Riferiti alla madre	Riferiti al padre	Punteggio (a cura degli uffici)
Condizioni sociali e sanitarie	Bambino disabile (documentato da certificato rilasciato ai sensi della L. n. 104/1992)		////	////	
	Bambini con nucleo familiare in particolari condizioni di disagio socio-ambientale		////	////	
Nucleo familiare	nucleo familiare con figli da 3 a 36 mesi		////	////	
	nucleo familiare con figli da 36 mesi a sei anni		////	////	
	nucleo familiare con figli da 6 anni a 14 anni		////	////	
	nucleo familiare con conviventi che necessitano di continua assistenza con invalidità superiore al 66%		////	////	
	bambini riconosciuti da un solo genitore o orfano		////	////	
	nel caso di separazione legale (documentata) o altro		////	////	
	bambino in affidamento, adottato o in corso di adozione		////	////	
	nuova gravidanza (Presentazione di certificato medico)		////	////	
	entrambi i genitori stranieri con ingresso in Italia negli ultimi 3 anni		////	////	
	ricongiungimento di un genitore avvenuto negli ultimi due anni		////	////	
	//////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	//////// ////	////	////	
Lavoro dei genitori	Lavoratore/studente iscritto a scuola o Università nel corrente anno educativo	////			
	Lavoro annuo della madre e/o del padre:	////			
	Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno	////			
	Pendolarità: distanza fra Comune di residenza e il luogo di lavoro o studio	////			
	Lavoratori senza sede fissa (Rappresentanti, agenzia di commercio o assimilati)	////			
	Lavoratori con impegno notturno di almeno 2 notti la settimana	////			
	Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno	////			
	Disoccupati	////			
	Studenti non lavoratori	////			
Priorità	Preferenza ai nuclei familiari con minore valore I.S.E.E		////	////	
	Preferenza maggiore età del bambino per il quale è stata presentata domanda di iscrizione		////	////	
	//////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	//////// ////	////	////	
PUNTEGGIO TOTALE UTENTE		////	////	////	

IL DICHIARANTE (nella qualità di.....)

Foggia li.....

Firma.....



Attenzione: Alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

La domanda d'iscrizione al nido deve essere presentata presso l'Ufficio Protocollo Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia viale Pinto n. 1 oppure a mezzo fax 0971306043, mail: info@nasceunsorriso.it

RISERVATO ALLA STRUTTURA AZIENDALE COMPETENTE

L'addetto alla ricezione: ☐ **Struttura**

☐ **Nasce un Sorriso**

DATA ____/____/2017

FIRMA ADDETTO.....