



COMUNE DI REGGIO CALABRIA
Settore Welfare

Via S. Anna II Tronco, piazzale Ce.Dir., corpo H, piano I



Prot. n _____ del _____

DOMANDA D'ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI
Anno Educativo 2016/2017

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

Con riferimento all'avviso pubblico relativo ai Nidi d'infanzia Comunali, per tutti i bambini di età compresa tra i tre mesi e i tre anni.

Il sottoscritto/a..... nato/a a

il..... CF. *

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 no 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:**

TUTTI I CAMPI CONTRASSEGNA TI CON * SONO OBBLIGATORI

DATI DEL BAMBINO/BAMBINA

Cognome e nome..... Cittadinanza

Sesso: M F Nato/a a il

Codice Fiscale* Residente a

in via

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

Disabilità del/la bambino/a: **SI** (allegare certificato ai sensi della Legge104/92): **NO**

Effettuare solo una scelta tra nido A o nidi B :

A)

Nido d'Infanzia **Aziendale** solo per la Sezione "Lattanti" (3-12 mesi)

SCelta DEL NIDO D'INFANZIA (numerare in ordine di preferenza):

B)

Nido d'Infanzia di **Gebione**

Nido d'Infanzia di **Archi**

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:

N.	Cognome e Nome	Grado di parentela del bambino	Data di nascita
1		padre	
2		madre	
3			
4			
5			
6			
7			

- Presenza di familiari o conviventi che necessitano di continua assistenza e con invalidità superiore al 66% (allegare certificato attestante il grado di invalidità): **SI** **NO**
- 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 (Allegare documento)
 - altro (coppia non convivente, detenzione o similari)
- Nuova gravidanza della madre: (allegare certificato) **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)
- Presenza, nel nido, di un altro bambino dello stesso nucleo familiare: **SI** **NO**
- Famiglia già in carico ai Servizi Sociali: **SI** **NO**
 Indicare il Polo territoriale di presa in carico _____

DATI DEL PADRE/TUTORE

Cognome e nome nato a il

Cittadinanza Codice fiscale *

Residente nel Comune di in via

cellulare* e-mail*

Genitore in precarie condizioni psicofisiche di salute o di infermità accertata e documentata dagli organi competenti.

CONDIZIONE LAVORATIVA:

SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

- Dipendente Comunale ; Dipendente altri Enti; Dipendente presso Ditta o Studio privato;
- Autonoma (specificare) Partita Iva*
- o Iscrizione Camera di Commercio*

L'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso (Ente/Ditta/Studio)* :

.....

Telefono Ufficio * n sede abituale di lavoro*

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**

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 di.....
dal a tutt' oggi.

DATI DELLA MADRE/TUTRICE

Cognome e nome nata a il

Cittadinanza Codice fiscale *.....

Residente nel Comune di in via

cellulare* e-mail*

Genitore in precarie condizioni psicofisiche di salute o di infermità accertata e documentata dagli organi competenti.

CONDIZIONE LAVORATIVA:

SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

Dipendente Comunale ; Dipendente altri Enti; Dipendente presso Ditta o Studio privato;

Autonoma (specificare) Partita Iva*

o Iscrizione Camera di Commercio*

L'attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso (**Ente/Ditta/Studio**)* :

.....

Telefono Ufficio * n sede abituale di lavoro*

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**

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

NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

INOCCUPATA DISOCCUPATA

iscritta nell'elenco anagrafico dei Centri per l'impiego di.....
dal a tutt' oggi.

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, recapito telefonico e indirizzo e-mail;
- ❖ 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. n. 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 fascia della retta massima qualora non farà pervenire al Settore l'attestazione ISEE relativa ai redditi ultimi certificabili del nucleo familiare;
- ❖ si impegna a rinnovare l'attestazione ISEE alla scadenza, facendola pervenire al Settore entro 30 giorni, pena la collocazione nella fascia della retta massima.

ALLEGATI

- copia di documento d' identità in corso di validità di chi firma l'istanza;
- copia della dichiarazione e dell'attestazione ISEE relativa ai redditi ultimi certificabili del nucleo familiare;
- documento attestante la disabilità del/la bambino/a ai sensi della Legge 104/92;
- certificato attestante grado di invalidità del familiare convivente;
- copia permesso di soggiorno del nucleo familiare.

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 Welfare del Comune di Reggio Calabria. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare 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.

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

Reggio Calabria li.....

Firma.....

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

La domanda deve essere presentata presso il Settore Welfare del Comune di Reggio Calabria, Via S. Anna II tr. Palazzo Ce.Dir., corpo H nei giorni di lunedì e venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e il martedì e giovedì dalle ore 15.00 alle ore 16.00, ovvero inviate a mezzo servizio postale.

Le domande dovranno pervenire entro i termini previsti dall'Avviso pubblico.

L'Amministrazione non risponde di eventuali ritardi del servizio postale (l'invio è a rischio esclusivo del mittente).

RISERVATO AL SETTORE WELFARE

Il richiedente allega i seguenti documenti:

Data ____/____/____/

Firma dell'impiegato addetto alla ricezione _____

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 del Settore Welfare 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 comunali)
Condizioni sociali e sanitarie	Bambino disabile (documentato da certificato rilasciato ai sensi della L. n. 104/1992)		////	////	
	Bambino 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		////	////	
	Separazione legale (documentata)		////	////	
	Altro (coppia non convivente, detenzione o similari)		////	////	
	Bambino in affidamento, adottato o in corso di adozione		////	////	
	Gravidanza in atto (Presentazione di certificato medico)		////	////	
	Genitore in precarie condizioni psicofisiche di salute o di infermità (accertata e documentata dagli organi competenti)		////	////	
	Entrambi i genitori stranieri con ingresso in Italia negli ultimi 3 anni		////	////	
	Ricongiungimento di un genitore avvenuto negli ultimi due anni		////	////	
Presenza nel nido, di un altro bambino dello stesso nucleo familiare		////	////		
Lavoro dei genitori	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)	////			
	Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno	////			
	Disoccupati / Inoccupati	////			
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		////	////	////	