





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

**DATI DEL BAMBINO/BAMBINA**

Cognome e nome.....Cittadinanza .....

**Sesso:** M  F  Nato/a a ..... il .....

C. F.\* 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Residente a .....

..... in via .....

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

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

**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			

- 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 \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE LAVORATIVA DEL PADRE/TUTORE:**

**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

**Condizioni relative al lavoratore dipendente Comunale (relativo al nido Aziendale) :**

- tempo pieno\*;  part-time\*;
- Genitore in precarie condizioni psicofisiche di salute o di infermità accertata e documentata dagli organi competenti (allegare certificato)

**NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:**

- INOCCUPATO  DISOCCUPATO

iscritto nell'elenco anagrafico dei Centri per l'impiego di.....

dal ..... a tutt' oggi.

## CONDIZIONE LAVORATIVA DELLA MADRE/TUTRICE:

### 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**

### **condizioni relative al lavoratore dipendente Comunale (relativo al nido Aziendale):**

tempo pieno\*;  part-time\*;

Genitore in precarie condizioni psicofisiche di salute o di infermità accertata e documentata dagli organi competenti (allegare certificato);

### 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 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 le linee di indirizzo e di programmazione dettate dalle **Modalità Operative e di funzionamento** dei nidi d'infanzia comunali approvate con delibera di Giunta Comunale n. 155 del 02/07/2018;

- è consapevole che, se la domanda non verrà compilata in ogni parte, non sarà possibile procedere all'assegnazione del relativo punteggio;
- 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 entrambi i genitori;
- copia dell'attestazione ISEE 2019, completa di DSU, relativa ai redditi 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 di tutto il nucleo familiare;
- documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni **ovvero** l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse **o** la presentazione della formale richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale territorialmente competente.

**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 e Istruzione – Macroarea Welfare del Comune di Reggio Calabria. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare e Partecipate 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 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) non compilare
Condizioni sociali e sanitarie	Bambino disabile (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)		////	////	
	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	////			
	Genitore in precarie condizioni psicofisiche di salute o di infermità (accertata e documentata dagli organi competenti)	////			
	Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno	////			
	Pendolarità: distanza fra Comune di residenza e il luogo di lavoro	////			
	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		////	////	
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>		<b>////</b>	<b>////</b>	<b>////</b>	

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

Reggio Calabria li.....

**Firma**.....

La domanda deve essere presentata presso il front-office del Settore Welfare del Comune di Reggio Calabria, Via S. Anna Il 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 agli indirizzi di posta elettronica [servizisociali@comune.reggio-calabria.it](mailto:servizisociali@comune.reggio-calabria.it). o [servizi\\_sociali@pec.reggiocal.it](mailto:servizi_sociali@pec.reggiocal.it) o a mezzo servizio postale.

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