



ALLEGATO B

**COMUNE DI REGGIO CALABRIA**  
**Settore Welfare e Istruzione**  
**Macroarea Welfare**



Prot. n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI**  
**Anno Educativo 2020/2021**

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

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

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/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il ..... C.F. \* 

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

Padre/madre/esercente potestà genitoriale, del minore .....

nato/a il .....

**CHIEDE**

**L'iscrizione del proprio figlio/a al nido d'infanzia (numerare in ordine di preferenza):**

Nido d'Infanzia **Aziendale** (Ce.Dir.)

Nido d'Infanzia di **Gebbione** " il piccolo principe"

Nido d'Infanzia di **Archi** " il mago di Oz"

A tal fine, 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 perderà 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 padre/tutore

Cognome e nome ..... nato a .....

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cittadinanza .....

C. F.\* 

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

residente nel Comune di ..... in via .....

Cellulare\* ..... e-mail\* .....

### Dati della madre/tutrice

Cognome e nome ..... nato a .....

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cittadinanza .....

C. F.\* 

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

residente nel Comune di ..... in via .....

Cellulare\* ..... e-mail\* .....

- Dichiarano di aver sottoposto il/la bambino/a alle vaccinazioni obbligatorie di cui all'art. 1, comma 1 e comma 1-bis del D.L. 7 giugno 2017 n. 73 e successive modificazioni;
- Si impegnano a sottoporre il/la bambino/a alle vaccinazioni obbligatorie di cui all'art. 1, comma 1 e comma 1 bis del D.L. 7 giugno 2017 n. 73 e successive modificazioni;
- Si impegnano, in caso di accoglimento della domanda, a presentare al Settore Welfare del Comune di Reggio Calabria il certificato vaccinale ovvero l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse in relazione a quanto previsto dal D.L. 7 giugno 2017 n. 73 e s.m.i. art. 1, commi 2 e 3, o la presentazione della formale richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale territorialmente competente.
- Dichiarano di essere in regola con i pagamenti dei tributi comunali.

Firma del padre/tutore .....

Firma della madre/tutrice .....

**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 Legge 104/92**); **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 (**allegare ISEE Minorenni\***),  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);
- Frequenza di altro figlio presso lo stesso nido nel medesimo Anno Educativo  
 (oltre all'iscritto): \_\_\_\_\_ 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 in qualità di :

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

Lavoratore Autonomo (specificare attività) :.....

Partita Iva\* n. .... o Iscrizione

Camera di Commercio\* n. ....

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

..... Tel. Ufficio \* n .....  
 sede abituale di lavoro\* in Via.....

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

numero complessivo di ore settimanali (come da contratto)\* .....

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

(specificare) .....

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

(specificare attività).....

- Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno..... SI  NO   
 (allegare documentazione);

#### • Condizioni relative al lavoratore Dipendente Comunale (solo per il 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/TUTTRICE:

### SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA in qualità di :

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

Lavoratore Autonomo (specificare attività): .....

Partita Iva\* n. .... o **Iscrizione**

Camera di Commercio\* n. ....

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

..... Tel. Ufficio \* n .....

sede abituale di lavoro\* in Via.....

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

numero complessivo di ore settimanali (come da contratto)\* .....

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno..... **SI**     **NO**

(specificare ).....

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

(specificare attività).....

- Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno ... **SI**     **NO**   
(allegare documentazione);

#### • Condizioni relative al lavoratore Dipendente Comunale (solo per il 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 Attestazione ISEE 2020, completa di DSU;
- copia Attestazione ISEE 2020 Minorenni ai sensi della Circolare INPS n. 171 del 18/12/2014, punto 7 (tranne per i citati casi particolari), completa di DSU;
- 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 richiedente prende atto dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 659/2016 e del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 essendo a conoscenza che 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 Istruzione - Macroarea 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.

#### 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 (escluso l'iscritto)		////	////	
	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		////	////	
Frequenza di altro figlio presso lo stesso nido nel medesimo Anno Educativo (oltre all'iscritto)		////	////		
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 (documentare)	////			
	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, completa di allegati, deve essere inviata ad entrambi gli indirizzi di posta elettronica **servizisociali@comune.reggio-calabria.it** e **servizi\_sociali@pec.reggiocal.it** entro i termini previsti dall'Avviso pubblico.

