



DOMANDA DI ISCRIZIONE



ANNO EDUCATIVO 2022/2023

(da consegnare entro e non oltre il giorno lunedì 2 maggio 2022)

I REQUISITI DICHIARATI NEL PRESENTE MODULO DEVONO ESSERE POSSEDUTI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il /la dichiarante (cognome e nome del genitore) _____

nato/a il _____ a _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Tel. abitazione _____ Tel. Lavoro _____ Recapito _____

Indirizzo e-mail _____

**CODICE FISCALE
GENITORE**

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

CHIEDE L'ISCRIZIONE per il bambino/a

_____ M F
Cognome Nome

Nato/a a _____ il _____

**CODICE FISCALE
BAMBINO**

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

Nazionalità _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Eventuali note relative alla residenza del minore: _____

AL NIDO D'INFANZIA "FIOCCO DI NEVE"

CON SCELTA DEL POSTO (indicare obbligatoriamente)

PART-TIME

dalle 7,30 alle 13,00 (uscita dopo il pranzo)

FULL-TIME

dalle 7,30 alle 16,00

CON FREQUENZA DAL MESE DI _____
(indicare obbligatoriamente)

Prolungamento pomeridiano a rapporto privato con la Coop. Formula Servizi alle Persone
QUESTA SCELTA NON COMPORTA FORMALE ISCRIZIONE, PERMETTE DI VALUTARE IL POTENZIALE NUMERO DI FAMIGLIE INTERESSATE

dalle 16,00 alle ore _____

Il servizio potrà essere attivato solo in presenza di un numero minimo di iscrizioni, concordandone modalità e costi con la Coop.

INFORMAZIONI RELATIVE AL NUCLEO FAMILIARE

CRITERI DI PRECEDENZA NELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE:

- BAMBINO DIVERSAMENTE ABILE CERTIFICATO DAL SERVIZIO AUSL
- BAMBINO ADOTTATO, RESIDENTE
- BAMBINO AFFIDATO ALLA FAMIGLIA, RESIDENTE
- BAMBINO AFFIDATO AI SERVIZI SOCIALI, ANCHE SE NON RESIDENTE
- BAMBINO IN SITUAZIONE DI DISAGIO RELAZIONALE E/O SOCIO CULTURALE ATTESTATO DAL SERVIZIO SOCIALE

CRITERI DI SELEZIONE:

I) ASSENZA DELLA FIGURA PATERNA O MATERNA DAL NUCLEO FAMILIARE *1

- decesso, riconoscimento da parte di un solo genitore, carcerazione
- divorzio o separazione legale con affidamento esclusivo al genitore richiedente
- divorzio o separazione legale, separazione di fatto senza affidamento esclusivo ma con assenza comprovata del genitore dal territorio provinciale

*1 NUCLEO FAMILIARE: si intende il nucleo anagrafico in cui è inserito il bambino.

Si segnala che qualora venga dichiarata l'assenza – anagrafica e di fatto – di un genitore dal nucleo, verrà attribuito il punteggio relativo a tale assenza e conseguentemente per il genitore assente non potranno essere attribuiti punti per il lavoro.

II) INVALIDITÀ*2 O MALATTIA GRAVE

da documentare con certificazione medica

Padre

Madre

Fratello

Sorella

*2

Invalidità solo se pari al 100%

III) Altri figli (escluso il bambino per il quale si presenta la domanda)

- fino a 3 anni n. _____
- da 4 a 6 anni n. _____
- da 7 a 11 anni n. _____
- Nuova Gravidanza (Se gemelli indicare il n: _____)

IV) Padre/Madre

OCCUPAZIONE DEI GENITORI

PADRE

Cognome	Nome

nato a	in data

Indirizzo di residenza	

MADRE

Cognome	Nome

nato a	in data

Indirizzo di residenza	

IN CASO DI OCCUPAZIONE INDICARE OBBLIGATORIAMENTE I DATI DEL DATORE DI LAVORO

PADRE OCCUPATO presso:

Nome Ditta/Ente	

Indirizzo della sede di lavoro	

MADRE OCCUPATA presso:

Nome Ditta/Ente	

Indirizzo della sede di lavoro	

Lavoratore autonomo

Lavoratore autonomo

NOTA BENE:

PER I LAVORATORI DIPENDENTI È NECESSARIO PRODURRE COPIA DEL CONTRATTO DI LAVORO O ATTESTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO DA CUI SI EVINCA TIPOLOGIA E DURATA DEL CONTRATTO, ORARIO LAVORATIVO, SEDE. I PUNTEGGI POTRANNO ESSERE ATTRIBUITI SOLO SE DOCUMENTATI.

TIPOLOGIA DI CONTRATTO - per i lavoratori dipendenti barrare obbligatoriamente

PADRE

<input type="checkbox"/> Inferiore alle 35 ore settimanali o contratto Part Time, o Stagionale (Avventizio - OTD)
<input type="checkbox"/> Superiore alle 35 ore settimanali o contratto Full Time
<input type="checkbox"/> Turnista lavoratore part time
<input type="checkbox"/> Turnista lavoratore full time

MADRE

<input type="checkbox"/> Inferiore alle 35 ore settimanali o contratto Part Time, o Stagionale (Avventizio - OTD)
<input type="checkbox"/> Superiore alle 35 ore settimanali o contratto Full Time
<input type="checkbox"/> Turnista lavoratore part time
<input type="checkbox"/> Turnista lavoratore full time

È equiparato al part time il lavoro stagionale, a giornate o con voucher. Il lavoratore autonomo è equiparato al contratto Full Time. Verranno valutati contratti di tipo diverso e classificati per analogia, solo se documentati.

Per turno si intende il cambio quotidiano o settimanale dell'orario di lavoro nel senso dell'alternanza mattina/pomeriggio oppure alternanza di turni con la notte. I rientri pomeridiani non si considerano turni.

V) Studenti

PADRE STUDENTE

MADRE STUDENTE

VI-b) Disagi abitativi

- Abitazione principale distante più di 3,5 km dal Nido

VI-a) Disagi lavorativi

PADRE

- Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 3 mesi

Si intende la somma dei giorni in un anno documentati e previsti da contratto. L'assenza dalla famiglia deve essere in luogo lontano senza rientro notturno a casa.

- Lavoro con impiego notturno almeno 1 notte a settimana o 4 notti nel mese

Si intende l'orario lavorativo con almeno 3 ore nella fascia oraria 22,00-6,00

- Pendolarità

Per pendolarità si intende la distanza chilometrica dall'abitazione alla sede di lavoro (risultante da contratto) o studio. Per i lavoratori senza sede fissa che svolgono attività esclusivamente fuori dal Comune di residenza, si considera la distanza dal posto di lavoro prevalente (certificabile).

MADRE

- Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 3 mesi

- Lavoro con impiego notturno almeno 1 notte a settimana o 4 notti nel mese

- Pendolarità

IL NUCLEO FAMILIARE

I SOGGETTI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE COMPRESO IL/LA MINORE PER IL QUALE SI PRESENTA LA DOMANDA (come da Stato di famiglia anagrafico)

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

È importante segnalare eventuali problemi di salute del bambino (allegando obbligatoriamente documentazione medica): _____

Altre situazioni da segnalare _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA PER DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA

Il richiedente dichiara inoltre di presentare la **Dichiarazione Sostitutiva Unica - Attestazione ISE/ISEE per le prestazioni rivolte ai minorenni** (sulla base della nuova riforma ISEE introdotta a far data dal 01/01/2015, come previsto dal DPCM n.159/2013) **per accedere alle agevolazioni tariffarie:**

SI

NO

Allegare copia dell'Attestazione

Se non si desidera allegare l'attestazione INPS e la Dichiarazione Sostitutiva Unica, relativa alla propria situazione economica, è sufficiente indicare il numero di protocollo INPS-ISEE nell'apposito **fac-simile** di autocertificazione nel riquadro sotto

facoltativo	
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 D.P.R. n. 445/00)	
Il / la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____	
residente a _____ in Via _____ tel _____	
<small>ai sensi e agli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 consapevole che chi rilascia dichiarazioni false a pubblico ufficiale o presenta al medesimo false documentazioni è soggetto alle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza da benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. n. 445/00, è informato/a della raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/03.</small>	
DICHIARA	
di essere in possesso della Dichiarazione Sostitutiva Unica - Attestazione ISE/ISEE per le prestazioni rivolte ai minorenni (sulla base della nuova riforma ISEE introdotta a far data dal 01/01/2015, come previsto dal DPCM n.159/2013)	
Protocollo INPS-ISEE _____	Rilasciata da _____ il giorno _____
<small>Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n. 196/03: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tali finalità. Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 : costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.</small>	
Il, _____	Il/la dichiarante _____

NOTA BENE:

La retta personalizzata per ogni bambino verrà calcolata sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), così come definito ai sensi del D.P.C.M n° 159/2013 e successive modificazioni e integrazioni. L'agevolazione tariffaria non è obbligatoria, per cui se l'utente non presenta richiesta, viene applicata la retta massima.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del DPR 28/12/2000, n. 445, per chi rilascia dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese come previsto dall'art.71 del DPR 445/2000;
- di essere consapevole che le dichiarazioni rese e le documentazioni eventualmente richieste in sede di controllo dovranno essere corrispondenti al vero, pena la retrocessione nella graduatoria o, nei casi più rilevanti, la cancellazione della domanda, fatta salva la comunicazione all'Autorità Giudiziaria per il reato di false dichiarazioni ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000. I requisiti familiari e professionali autodichiarati sui quali verrà calcolato il punteggio devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda d'ammissione.
- di essere consapevole che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, sarà decaduto dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art.75 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma del Richiedente **OBBLIGATORIA**

Il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente modulo, autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, forniti a seguito della presa visione dell'informativa seguente:

- I dati personali dichiarati sono necessari ai fini dell'accertamento dei requisiti richiesti dal regolamento comunale in materia di Diritto allo Studio; I dati personali in questione saranno trattati:*
 - su supporto cartaceo e su supporto magnetico;
 - da personale assegnato allo svolgimento di tali compiti, costantemente identificato, opportunamente istruito e reso edotto dei vincoli imposti dal d.lgs. 196/2003;
 - con l'impiego di misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza dei soggetti interessati.
- Il conferimento dei dati è essenziale ai fini dell'organizzazione e della realizzazione/gestione del servizio da lei richiesto.*
- Il rifiuto di fornire le informazioni richieste, qualora queste non siano acquisibili d'ufficio, secondo quanto previsto dall'art. 43 del DPR 445/2000, rende impossibile la verifica dei requisiti e quindi la concessione.*
- I dati personali forniti potranno essere comunicati ad altri Enti, Aziende ed Istituti di Credito coinvolti nell'erogazione del servizio.*
- L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003, mediante apposita istanza da presentare all'Ufficio Servizi Sociali dell'ASP San Vincenzo de' Paoli.*
- Titolare del trattamento dei dati personali: ASP San Vincenzo de' Paoli, via Unità d'Italia n.47 c.a.p. 47018 Santa Sofia (FC) ed il responsabile del trattamento è il responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali Dott.ssa Paola Zucchi, come indicato sul sito internet www.asp-sanvincenzodepaoli.it*

Data _____

Firma del Richiedente **OBBLIGATORIA**

DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

In caso di mancata presentazione del presente modulo, la domanda non potrà essere accolta

**MODULO RELATIVO ALLA ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI
PER LA FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA
Anno Educativo 2022/2023**

ADEMPIMENTI VACCINALI (Art. 3 del D.L. n. 73/2017)

Il/la Sottoscritto/a _____
(cognome e nome del genitore)

residente a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

Telefono _____ e-mail: _____

GENITORE DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

CODICE FISCALE

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

- DICHIARA CHE IL MINORE È IN REGOLA CON LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE**

- DICHIARA CHE IL MINORE NON È IN REGOLA CON LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE**

In base alla L. 119/2017 e alla L.R. 19/2016 art. 6, comma 2, l'iscrizione e la frequenza dei Servizi Educativi e Ricreativi pubblici e privati per la prima infanzia è condizionata all'assolvimento degli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente.
L'ASP verifica successivamente l'idoneità alla frequenza presso l'Azienda USL di competenza, a seguito della chiusura delle iscrizioni.
L'ammissione del bambino al nido, anche se collocato in posizione utile in graduatoria, rimane pertanto subordinata all'assolvimento di questo obbligo.

Data _____

Il/la Dichiarante

--