

SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA – NIDI D'INFANZIA

Anno Educativo 2011 - 2012

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO :

Il/La sottoscritto/a _____
residente in _____ Via _____ n° _____
Tel. abitazione _____ cell _____ email _____

Richiede che il/la proprio/a figlio/a _____ nato/a _____
il _____ Codice fiscale _____

Venga ammesso/a a frequentare (barrare la voce che interessa):

- NIDO D'INFANZIA comunale "IL Grillo Parlante" – Capannori (Lu) –** aperto ai bambini residenti nel Comune di Capannori di età compresa tra i **3 e i 36 mesi** (età a settembre 2011)

Indicare l'orario di servizio richiesto: (dalle 7,30 alle 15,15 "mattina")
 (dalle 7,30 alle 17,30 "pomeridiano")

- NIDO D'INFANZIA comunale "S.Galli" – Toringo (Lu) –** aperto ai bambini residenti nel comune di Capannori di età compresa tra i **18 e i 36 mesi** (età a settembre 2011)

Indicare l'orario di servizio richiesto: (dalle 7,30 alle 15,15 "mattina")
 (dalle 7,30 alle 18,30 "pomeridiano")

- NIDO D'INFANZIA comunale a "Tempo Corto mattina" – Capannori -** (orario dalle **7,45 alle 13,15**) servizio aperto ai bambini residenti nel Comune di Capannori di età compresa tra i **18 e i 36 mesi** (età a settembre 2011)

Richiede che il bambino/a possa usufruire del pasto

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, ai sensi della Legge n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false:

DICHIARA CHE

I componenti la propria famiglia anagrafica (compreso il dichiarante) sono quelli di seguito indicati:

NOME E COGNOME	RELAZIONE DI PARENTELA	DATA DI NASCITA

Il bambino per cui si richiede l'ammissione è portatore di handicap ai sensi della L. 104/92.

(E' indispensabile allegare alla domanda la documentazione)

Il nucleo di convivenza familiare del bambino si trova in condizioni di disagio sociale.

(E' indispensabile allegare alla domanda la certificazione rilasciata dai Servizi Sociali)

(barrare la voce che interessa)

CONDIZIONE PROFESSIONALE PADRE

Cognome _____ Nome _____ Indirizzo _____

Professione _____ presso _____ sede di _____

Via _____ tel. _____ fax _____

DISTANZA ATTIVITA' LAVORATIVA:

fino a 20 km dalla propria residenza

da 20,01 km a 60 km dalla propria residenza

oltre 60 km dalla propria residenza

Per i lavoratori autonomi si considera la sede legale dell'attività

(barrare la voce che interessa)

ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:

fino a 24 ore

da 24 a 36 ore

Oltre 36 ore

Lavoro subordinato precario: a chiamata (intermittente), a termine, occasionale accessorio, a somministrazione (ex intermittente)

Lavoro parasubordinato: collaborazioni coordinate e continuative, a progetto, mini co.co.co/collaborazioni occasionali

Lavoro autonomo occasionale

Genitore disoccupato da non più di 6 mesi

(barrare la voce che interessa)

CONDIZIONE PROFESSIONALE MADRE

Cognome_____ Nome_____ Indirizzo_____

Professione_____ presso_____ sede di_____

Via_____ tel._____ fax_____

DISTANZA ATTIVITA' LAVORATIVA:

fino a 20 km dalla propria residenza	
da 20,01 km a 60 km dalla propria residenza	
oltre 60 km dalla propria residenza	

Per i lavoratori autonomi si considera la sede legale dell'attività

(barrare la voce che interessa)

ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:

fino a 24 ore	
da 24 a 36 ore	
Oltre 36 ore	

Lavoro subordinato precario: a chiamata (intermittente), a termine, occasionale accessorio, a somministrazione (ex intermittente)	
--	--

Lavoro parasubordinato: collaborazioni coordinate e continuative, a progetto, mini co.co.co/collaborazioni occasionali	
---	--

Lavoro autonomo occasionale	
------------------------------------	--

Genitore disoccupato da non più di 6 mesi <i>(barrare la voce che interessa)</i>	
--	--

GENITORE SOLO: - ragazza madre (la madre del bambino non riconosciuto dal padre) / ragazzo padre (il padre del bambino non riconosciuto dalla madre) – allegare dichiarazione firmata che specifica un reale stato di non convivenza - vedova/o: il punteggio rispetto ai punti a, b, c, d, e, f, g viene triplicato	
---	--

GEMELLI: (per i quali viene presentata la domanda di iscrizione)	
---	--

NESSUN NONNO/A DISPONIBILE: decesso, non autosufficienza da certificare, residenza oltre 30 km dall'abitazione del bambino, età pari o superiore ai 70 anni compiuti (si tiene conto della data di nascita)	
--	--

Domanda in lista di attesa nella precedente graduatoria	SI'	NO
---	-----	----

Figli a carico (escluso il figlio di cui si richiede l'inserimento):

- numero di figli a carico minori di 3 anni N. _____
- numero di figli a carico maggiori di 3 anni fino ad anni 14 N. _____
- numero di figli già frequentanti nidi d'infanzia e/o centro gioco educ. N. _____
- numero di figli a carico portatore di handicap (L. 104/92 e integrazioni) N. _____

Dichiara di voler

- pagare la retta massima prevista
- chiedere la retta agevolata il cui importo sarà determinato in base alla situazione economica del nucleo familiare calcolata secondo i criteri I.S.E.E. (indicatore situazione economica equivalente) ai sensi del Decreto Legislativo n. 109/98 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che per l'utilizzo del servizio richiesto è prevista la corresponsione del pagamento di una retta mensile e dei buoni pasto; di essere consapevole che il mancato pagamento delle tariffe dovute comporterà l'attivazione delle forme di sollecito e delle modalità di riscossione coattiva.

AL FINE DI CONSENTIRE IL CALCOLO DELLA RETTA AGEVOLATA E' OBBLIGATORIO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA DICHIARAZIONE I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA', ALTRIMENTI VERRA' APPLICATA LA RETTA MASSIMA.

A parità di punteggio si considerano i seguenti criteri in ordine decrescente:

- a) minor reddito ISEE;
- b) ordine cronologico della presentazione delle domande come risulta dal protocollo del Comune.

Data _____

Firma _____

Informativa all'utilizzo dei dati forniti ex art. 13 D.lgs. n. 196/2003

Questa dichiarazione e gli eventuali documenti allegati alla sua domanda di iscrizione all'asilo nido verranno utilizzati per valutare la sua istanza.

Essi non verranno comunicati o diffusi a terzi che non siano gli operatori del servizio e degli Enti addetti al servizio stesso suddetto.

Nella sua qualità di interessato, lei gode dei diritti di cui all'art. 13 del D.lgl. 196/2003.

Data _____

Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

L'Ufficio in data _____ esaminata la documentazione presentata propone l'ammissione a _____ per l'anno _____ con retta mensile di € _____