



MODULO ISCRIZIONE AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

Io sottoscritto/a _____

GENITORE DEL BAMBINO

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Nazionalità _____

Residente in _____ NON RESIDENTE

Via/Piazza _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono abitazione _____ cell. mamma _____ cell. papà _____

Pediatra di famiglia _____

E.MAIL _____

CHIEDE L'AMMISSIONE AL SEGUENTE SERVIZIO:

NIDO D'INFANZIA VILLA MODEO prolungamento 16.15-17.30 (da 12 mesi) per comprovati

motivi di lavoro motivi organizzativi, familiari

A partire dal mese di _____

SPAZIO BAMBINI "PICCOLO BLU"

PUNTO A

Chiedete se possibile L'INSERIMENTO per il seguente periodo

A tal fine, il/la sottoscritto/a,

CONSAPEVOLE CHE

- ⇒ ai sensi degli artt. 48 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia;
- ⇒ ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445 del 28.12.2000, qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dal diritto di assegnazione del servizio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARA QUANTO SEGUE:



MODULO ISCRIZIONE AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

NUCLEO FAMILIARE INCOMPLETO

B1 Mancanza di un genitore: bambino riconosciuto da un solo genitore, nucleo familiare con un genitore deceduto, con un unico genitore a cui spetta la potestà o con un genitore in stato di detenzione o ricovero in struttura di riabilitazione e cure per un periodo non inferiore a 6 mesi in un anno **PUNTO B1 =** _____

B2 Unico genitore coabitante: genitori separati legalmente, divorziati, celibi/nubili che non coabitano **PUNTO B2 =** _____

BAMBINI PORTATORI DI HANDICAP

C Bambini portatori di handicap certificati (riferito al bambino per cui si fa la domanda) **PUNTO C =** _____

CONVIVENTI BISOGNOSI DI ASSISTENZA

D1 Padre, madre, fratelli, sorelle (del bambino per cui si fa la domanda) invalidi al

dal 33% al 67% superiore 67% pari al 100%

PUNTO D1 = _____

D2 Fratelli e sorelle, in età scolastica, disabili certificati **PUNTO D2 =** _____

STATO DI GRAVE DISAGIO IN CONDIZIONI SOCIO-FAMILIARI PROBLEMATICHE

E Stato valutato in presenza di relazione sociale redatta dal servizio minori Asl **PUNTO E =** _____



MODULO ISCRIZIONE AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

CONIUGE

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

CONIUGE

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

FIGLI

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

ALTRI FAMILIARI

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

TOTALE COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (padre, madre, figli e familiari) _____

ALTRE NOTIZIE UTILI RELATIVE AL NUCLEO FAMILIARE: _____

CONVIVENTI DI FATTO CON RESIDENZA DISGIUNTA

PUNTO



SITUAZIONE OCCUPAZIONALE DEL PADRE

Cognome e Nome _____ C.F. _____
Nato a _____ il _____

LAVORATORE SUBORDINATO DIPENDENTE

Qualifica professionale _____

Ente / Ditta _____ Sede di lavoro _____

- A tempo INDETERMINATO e apprendistato Tempo pieno
 Part-time fino 50% orario contr. oltre il 50% orario contr.
- A tempo DETERMINATO fino a 4 mesi da 4 a 9 mesi superiore ai 9 mesi
- CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE LAVORO fino a 4 mesi da 4 a 9 mesi superiore ai 9 mesi
- INCARICHI PER COLLAB. COORD. E CONTINUATIVE, INTERMITTENTI O A CHIAMATA E A PROGETTO
- LAVORO SUBORDINATO A DOMICILIO LAVORO OCCASIONALE ACCESSORIO

LAVORATORE AUTONOMO

Professione esercitata _____ orario di lavoro _____

Ramo di attività _____ Sede di lavoro _____

- Socio, titolare, coadiuvante, collaboratore familiare
 Occasionale
 Associazione in partecipazione

STUDENTE con obbligo di frequenza senza obbligo di frequenza

TIROCINIO FORMATIVO

SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO

STATO DI DISOCCUPAZIONE ACCERTATA

CASSA INTEGRAZIONE E STATO DI MOBILITA'

PENSIONATO

Altro _____

PUNTO G



SITUAZIONE OCCUPAZIONALE DEL MADRE

Cognome e Nome _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____

LAVORATRICE SUBORDINATO DIPENDENTE

Qualifica professionale _____

Ente / Ditta _____ Sede di lavoro _____

- A tempo INDETERMINATO e apprendistato Tempo pieno
 Part-time fino 50% orario contr. oltre il 50% orario contr.
- A tempo DETERMINATO fino a 4 mesi da 4 a 9 mesi superiore ai 9 mesi
- CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE LAVORO fino a 4 mesi da 4 a 9 mesi superiore ai 9 mesi
- INCARICHI PER COLLAB. COORD. E CONTINUATIVE, INTERMITTENTI O A CHIAMATA E A PROGETTO
- LAVORO SUBORDINATO A DOMICILIO LAVORO OCCASIONALE ACCESSORIO

LAVORATRICE AUTONOMA

Professione esercitata _____ orario di lavoro _____

Ramo di attività _____ Sede di lavoro _____

- Socio, titolare, coadiuvante, collaboratore familiare
 Occasionale
 Associazione in partecipazione

- STUDENTE** con obbligo di frequenza senza obbligo di frequenza
- TIROCINIO FORMATIVO**
- SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO**
- STATO DI DISOCCUPAZIONE ACCERTATA**
- CASSA INTEGRAZIONE E STATO DI MOBILITA'**
- PENSIONATA**
- Altro** _____

PUNTO G.



INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA PRIVACY (Reg.UE 2016/679 e D.Lgs.196/2003, così come modificato ed integrato dal D.Lgs.101/2018)
Tutti i dati personali sono trattati in conformità alle vigenti informative in materia di privacy, per il perseguimento delle finalità istituzionali del Comune, per la corretta gestione dei rapporti con l'interessato e connessi obblighi di legge. I dati possono essere trattati da soggetti autorizzati ed istruiti o da soggetti pubblici e privati che per legge o regolamento sono tenuti o possono conoscerli. I dati saranno conservati per tempi compatibili con la finalità della raccolta e connessi obblighi di legge. Gli interessati possono esercitare tutti i diritti di cui agli art.15-21 del Reg.UE 2016/679, contattando il Titolare o il DPO: Informativa completa e riferimenti disponibili su:
<http://fiorenzuola.e-pal.it/L190/?idSezione=101425&id=&sort=&activePage=&search=>

Fiorenzuola d'Arda, il _____

Il/La dichiarante
(Firma leggibile di un genitore o di chi ne fa le veci)

Fiorenzuola d'Arda, il _____

Il/La dichiarante
(Firma leggibile di un genitore o di chi ne fa le veci)

DOCUMENTI ALLEGATI

- ATTESTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO (PER ENTRAMBI I GENITORI)
- ISEE in corso di validità
- MODULO RELATIVO ALL' ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI
- DICHIARAZIONI, CERTIFICAZIONI, RELAZIONI, SENTENZE, ETC CHE DIMOSTRINO CASI DI PRIORITA'
- FOTOCOPIA DOCUM. D'IDENTITA' DEL GENITORE CHE PRESENTA LA DOMANDA (solo per i non residenti)
- CERTIFICAZIONE MEDICA PER PARTICOLARI PATOLOGIE DEL BAMBINO (anche allergie o intolleranze alimentari)



**MODULO RELATIVO ALLA ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI PER LA
FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA – Anno Educativo 2019/2020**

(L.R 19/2016; DGR. 2301/2016)

Primo accesso alla frequenza del servizio educativo:

- NIDO D'INFANZIA VILLA MODEO
 SPAZIO BAMBINO PICCOLO BLU

Il Sottoscritto

Nato a _____ il _____ residente

Via _____ in qualità di genitore di _____

SI IMPEGNA a sottoporre la/il bambina/o, per cui presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente (LR 19/2016, art. 6, comma 2) e

autorizza il COMUNE DI FIORENZUOLA D'ARDA ad acquisire l'idoneità alla frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni, direttamente presso la AUSL di competenza;

oppure

si impegna a presentare direttamente agli uffici amministrativi del COMUNE DI FIORENZUOLA D'ARDA il certificato vaccinale entro il **31/07/2019**;

consapevole che, in caso di non ottemperanza e senza motivazione sanitaria (autorizzata dalla pediatria di comunità previa presentazione di certificato rilasciato dal pediatra di libera scelta) sarà preclusa la frequenza al servizio.

Tenuto conto del calendario vaccinale (nazionale e regionale) e delle problematiche che possono ritardarne l'effettuazione, per la/il bambina/o che inizia la frequenza al servizio prima del compimento del 6° mese di vita e che eventualmente non ha effettuato la prima dose obbligatoria, il medesimo verrà ammesso con riserva, se il genitore si impegna a sottoporlo alla prima dose dei vaccini obbligatori entro i 6 mesi, inoltre:

autorizza il il COMUNE DI FIORENZUOLA D'ARDA ad acquisire l'idoneità alla frequenza (attestante l'avvenuta vaccinazione) direttamente presso la AUSL di competenza;

oppure

si impegna a presentare direttamente al COMUNE DI FIORENZUOLA D'ARDA il certificato vaccinale entro il **31/07/2019**.

DATA

FIRMA

