

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO ASILO NIDO COMUNALE

Ufficio Protocollo Comune di _____

Dati anagrafici del Bambino/a per il quale si chiede il servizio

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Residente a Prov.

Indirizzo CAP

Tel. e-mail

Ha frequentato nell'anno 2017/2018 l'Asilo Nido di _____

E' stata presentata istanza di _____ iscrizione nell'anno 2017/2018, per l'accesso
a l'Asilo Nido di _____

La domanda di iscrizione è presentata contemporaneamente anche per:

- Altro fratello/sorella gemello
- Altro fratello/sorella

Situazione del bambino per il quale si chiede il Servizio:

- Minore portatore di Handicap ai sensi della Legge 104/92 (*da allegare*)
- Minore con grave disagio socio-psicologico di ordine sociale (in carico al servizio Sociale)
- Minore in affidamento familiare
- Disturbi del minore certificati dal SSN con specifica richiesta di inserimento al nido

Ai fini dell'accoglimento della richiesta

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/> il <input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>		
Genitore/tutore del Minore	<input type="text"/>		

CHIEDE

l'ammissione dello stesso al Servizio di Asilo Nido per **l'anno 2018/2019** per la fascia:

Servizio A: dal lunedì al sabato dalle ore 07,00 alle 13,30 + Servizio mensa dal lunedì al venerdì

Servizio B: dal lunedì al sabato dalle ore 07,00 alle ore 16:00 + Servizio mensa dal lunedì al venerdì

AVVERTENZE: *Gli standard minimi indicati, potrebbero subire variazioni differenziate nell'articolazione definitiva del servizio per ogni singola struttura per effetto delle varianti migliorative offerte in sede di gara. Le opzioni di scelta a valere sul servizio di tipologia B non vincolano l'Ambito Territoriale n. 7 che, al momento della sottoscrizione della domanda di accesso, garantisce esclusivamente la tipologia di servizio A.*

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

(Ai sensi dell'Art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 455)

Che la madre

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/> il <input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>		

Svolge la seguente attività:

- Lavoratore dipendente Ditta/Ente _____ sede di lavoro

- Lavoratore autonomo Ditta/Ente _____ sede di lavoro

Via Pacelli, 3 – 74024 Manduria (TA) - Tel. 099-9795908

e-mail: ambitomanduria@gmail.com - pec: ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it

sito internet: <http://www.ambito7manduria.it>

- Lavoratore attualmente non occupato o occupato con contratto a termine
- Disoccupata o cassaintegrata
- Stato di gravidanza

Orario di lavoro:

- Tempo pieno orario_____
- Part-time orario_____
- Lavoro notturno orario_____
- Turni a giornata orario_____
- Pendolarità quotidiana oltre i 30Km
- Posizione di lavoro all'estero o fuori regione che comporti l'assenza completa del genitore per tutta la settimana

Che il padre

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Residente a Prov.

Indirizzo CAP

C.F.

Svolge la seguente attività:

- Lavoratore dipendente Ditta/Ente _____ sede di lavoro _____
- Lavoratore autonomo Ditta/Ente _____ sede di lavoro _____
- Lavoratore attualmente non occupato o occupato con contratto a termine
- Disoccupata o cassaintegrata

Orario di lavoro:

- Tempo pieno orario_____
- Part-time orario_____
- Lavoro notturno orario_____
- Turni a giornata orario_____

Via Pacelli, 3 – 74024 Manduria (TA) - Tel. 099-9795908

e-mail: ambitomanduria@gmail.com - pec: ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it

sito internet: <http://www.ambito7manduria.it>

- Pendolarità quotidiana oltre i 30Km
- Posizione di lavoro all'estero o fuori regione che comporti l'assenza completa del genitore per tutta la settimana

Nucleo familiare con entrambi i genitori

- Genitori coniugati/convidenti

Nucleo familiare mono-parentale (un solo genitore coabitante con il bambino/a)

Il dichiarante è solo in quanto:

- E' celibe/nubile con figlio/a non riconosciuto dall'altro genitore
- E' celibe/nubile con figlio/a riconosciuto dall'altro genitore che non è convivente
- E' vedovo/a
- È separato/a legalmente e non coabita
- È divorziato/a

Composizione del nucleo familiare

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

Problematiche del nucleo familiare

- Stato di malattia di un genitore o altro figlio (certificato dal SSN)
- Nonni o familiari conviventi in permanente stato di bisogno/assistenza (Invalidità riconosciuta)
- Invalidità di un genitore con riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 66%
- Invalidità di un altro figlio pari o superiore al 66%

Dichiara altresì:

- Di voler usufruire delle fasce differenziate secondo il modello ISEE in corso di validità allegato
- Di non voler usufruire delle fasce differenziate in quanto in possesso di attestazione ISEE superiore a € 40.000,00

Via Pacelli, 3 – 74024 Manduria (TA) - Tel. 099-9795908

e-mail: ambitomanduria@gmail.com - pec: ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it

sito internet: <http://www.ambito7manduria.it>

Di aver letto ed accettato il Regolamento del servizio Asilo Nido dell'Ambito Territoriale n. 7 e di essere informato:

- Che può essere richiesto per una sola volta di modificare la tipologia di servizio prescelto e comunque con ore di frequenza in aumento, che sarà efficace dal mese successivo alla richiesta

RISERVATO ALL'UFFICIO	
Lattante <input type="checkbox"/> Semidivezzo <input type="checkbox"/> Divezzo <input type="checkbox"/>	
Mesi al 31 agosto 2018 _____	

ISEE € _____	

Riduzione 50% <input type="checkbox"/>	
Esonero retta <input type="checkbox"/>	

Appartenente alla lista di attesa della graduatoria anno precedente <input type="checkbox"/>	

Punteggio	domanda

Fascia attribuita	per ISEE

Servizio scelto	
<input type="checkbox"/> Servizio standard tipologia A	
<input type="checkbox"/> Servizio standard tipologia B	
Quota della retta a carico della famiglia (franchigia + % incidenza valore retta)	
€ _____	

- Che per il primo figlio viene corrisposta la retta mensile intera secondo la propria fascia ISEE

- Che dal secondo figlio l'abbattimento della retta è stabilito nella misura del 50% che per i gemelli l'abbattimento della retta procapite è stabilito nella misura del 50%

- Che interviene riduzione della retta attribuita del 30% in caso di assenza per malattia dal 16° al 29° giorno di assenza consecutivi nel mese

- Che interviene riduzione della retta attribuita del 50% in caso di assenza per malattia dal 30° giorno di assenza consecutivi nel mese

Si riserva, all'atto dell'ammissione, di presentare al gestore ulteriore documentazione riguardante il bambino/a:

- Certificazioni sanitarie (copia del libretto delle vaccinazioni obbligatorie)

- Eventuale documentazione medica in caso di intolleranze/allergie alimentari o altro.

Luogo e data _____

Il Richiedente _____