

<b>numero domanda</b> (assegnato dall'Ufficio Servizi alla Persona) <b>NECESSARIO PER VISIONARE LA GRADUATORIA</b>  .....  <b>IN CASO DI SPEDIZIONE DELLA DOMANDA PER POSTA, FAX O PER VIA TELEMATICA, IL NUMERO SARA' COMUNICATO DAI SERVIZI ALLA PERSONA, SUCCESSIVAMENTE</b>	<b>Data di arrivo al Comune di Medicina</b>
---	---

Al Comune di Medicina  
 Servizi alla Persona  
 Via Pillio 1  
 40059 Medicina

indirizzo di posta elettronica certificata:  
[comune.medicina@cert.provincia.bo.it](mailto:comune.medicina@cert.provincia.bo.it)  
*(l'invio del presente modulo tramite posta elettronica è possibile solo se il genitore che presenta la domanda è titolare di posta elettronica certificata)*

fax 051/6979222

nel caso di invio del presente modulo per posta raccomandata A/R, trasmetterlo a:  
 Comune di Medicina  
 Via Libertà 103  
 40059 Medicina

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO NIDI D'INFANZIA ANNO EDUCATIVO 2017/2018

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (genitore dichiarante)  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 telefono casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**NON RESIDENTE MA DI IMMINENTE IMMIGRAZIONE NEL COMUNE DI MEDICINA**

la residenza deve essere effettivamente acquisita con documentazione dell'Ufficio Anagrafe:

- entro il 16/6/2017 per la graduatoria relativa alle domande pervenute nel periodo 27/5/2017-10/6/2017
- entro il 16/8/2017 per la graduatoria relativa alle domande pervenute nel periodo 12/6/2017-29/7/2017
- entro il 11/10/2017 per la graduatoria relativa alle domande pervenute nel periodo 31/7/2017-23/09/2017
- entro il 07/12/2017 per la graduatoria relativa alle domande pervenute nel periodo 25/9/2017-18/11/2017

**Nel caso di genitori non coniugati in cui la figura materna/paterna abbia diversa residenza compilare anche il riquadro sottostante:**

e il sottoscritto _____ residente a _____ Via _____ telefono casa _____ cellulare _____ <input type="checkbox"/> <b>NON RESIDENTE MA DI IMMINENTE IMMIGRAZIONE NEL COMUNE DI MEDICINA</b> (la residenza deve essere effettivamente acquisita con documentazione dell'Ufficio Anagrafe entro le date sopra indicate)
---

**In qualità di Genitore/i Tutore Legale**  
**CHIEDE - CHIEDONO per l'anno educativo 2017/2018**

che il/la proprio/a bimbo/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ora nascita \_\_\_\_\_  
 residente nel Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**NON RESIDENTE MA DI IMMINENTE IMMIGRAZIONE NEL COMUNE DI MEDICINA**

(la residenza deve essere effettivamente acquisita con documentazione dell'Ufficio Anagrafe entro le date sopra indicate)

**sia ammesso/a a frequentare :**

**indicare l'ordine di preferenza di scelta dei servizi, inserendo i numeri 1-2-3 tra le parentesi, i servizi non indicati non saranno presi in considerazione**

<b>ASILI NIDO CAPOLUOGO</b> (bambini nati dal 01/01/2015 al 31/05/2017) ( ) FREQUENZA TEMPO PIENO dalle ore 7 alle ore 16,30 (ingresso ore 7,9,30 – uscita ore 15,45/16,30) ( ) FREQUENZA A TEMPO PARZIALE dalle ore 7 alle ore 13 (ingresso ore 7,9,30 – uscita ore 12,30/13) <b>ASILO NIDO "CHICCODRILLO" FRAZ. S.ANTONIO</b> (bambini nati dal 01/01/2015 al 31/05/2017) ( ) FREQUENZA A TEMPO PIENO (ingresso ore 7,30/9,30 – uscita ore 15,45/16,30)
---

**Da compilare per chi non sceglie opzione Asilo Nido S. Antonio**

(per bambini nati dal 01/01/2015 al 31/05/2017)

Dichiaro di non essere interessato/a al Nido di S. Antonio e di essere consapevole, pertanto, che non potrò accedere al contributo per i nidi non convenzionati ed inoltre non potrò richiedere il nulla osta per l'accesso ai nidi convenzionati. Firma \_\_\_\_\_

**OBBLIGHI VACCINALI**

Il richiedente, SI IMPEGNA a sottoporre il bambino per cui si presenta la domanda di iscrizione al nido, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente (LR 19/2016, art. 6 comma 2 e decreto legge del 19/5/2017 che introduce l'obbligo delle vaccinazioni per l'ingresso nelle strutture scolastiche)

A tale fine:

- AUTORIZZA il Comune di Medicina ad acquisire l'idoneità alla frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni, direttamente presso la AUSL di competenza

OPPURE

- SI IMPEGNA a presentare all'Ufficio Servizi alla Persona del Comune di Medicina il certificato vaccinale entro 1 settembre 2017 (tale certificato è rilasciato dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL di competenza)

In caso di non ottemperanza e senza giustificata motivazione sanitaria (autorizzata dal Servizio Vaccinazioni dell'AUSL previa presentazione di certificato rilasciato dal pediatra di libera scelta, che occorre consegnare all'Ufficio Servizi alla Persona entro il 1/9/2017), sarà preclusa la frequenza dal Servizio Nidi d'Infanzia

Indirizzo mail sul quale si desidera ricevere le comunicazioni relative al nido:

\_\_\_\_\_

In caso di impossibilità a ricevere comunicazioni per posta elettronica, si richiede di indicare qui di seguito l'indirizzo a cui inviare comunicazioni: (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Di accettare le disposizioni previste nel vigente Regolamento e nel Bando dei Nidi di Infanzia.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

( del genitore non coniugato che ha diversa residenza )

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 T.U. N. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

° Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o uso di documenti falsi, oltre alla decadenza del beneficio ottenuto, verranno applicate le **sanzioni penali** previste dall'art. 76 del T.U 28/12/00 N.445.

° Informato che i dati saranno comunicati e diffusi esclusivamente con le modalità e nell'ambito previsti dalle regole applicabili al presente procedimento. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 7,8,9,10 del D.Lgs.196/2003 cui si rinvia.

**DICHIARA****DI AVERE DIRITTO DI PRECEDENZA PERCHE' IL/LA MINORE SI TROVA IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI** : (contrassegnare la voce che interessa)

- BAMBINO/A IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE, certificata dal competente servizio dell'Azienda USL (allegare certificazione)
- BAMBINO/A SEGNALATO DAI SERVIZI SOCIALI
- SITUAZIONI ECCEZIONALI DI PIU' FRATELLI GEMELLI (TRE E OLTRE)

<b><u>SITUAZIONE DEL BAMBINO</u></b>	<b>Punti</b>	Punti attribuiti	SOMMA (a cura dell'ufficio)
Bambino in affidamento familiare o in pre-adozione o adozione (allegare certificazione)	<b>2</b>		
<b><u>SITUAZIONE DELLA FAMIGLIA</u></b>	<b>Punti</b>	Punti attribuiti	SOMMA (a cura dell'ufficio)
Nucleo familiare incompleto o dissociato in cui manchi realmente la figura paterna o materna (decesso, carcere, emigrazione all'estero, separazione legale o provvedimento del Tribunale di affidamento del figlio/i ad un solo genitore, divorzio, ragazza madre/padre, perdita potestà genitoriale o abbandono di uno dei genitori accertato in sede giurisdizionale o dalla Pubblica Autorità competente in materia di Servizi Sociali) – <b>IN NESSUNO DI QUESTI CASI DEVE ESSERCI CONVIVENZA A QUALSIASI TITOLO CON ALTRA PERSONA NON IMPEGNATA IN ATTIVITA' LAVORATIVA</b>	<b>25</b>		
Nucleo familiare incompleto o dissociato in cui manchi realmente la figura paterna o materna (decesso, carcere, emigrazione all'estero, separazione legale o provvedimento del Tribunale di affidamento del figlio/i ad un solo genitore, divorzio, ragazza madre/padre, perdita potestà genitoriale o abbandono di uno dei genitori accertato in sede giurisdizionale o dalla Pubblica Autorità competente in materia di Servizi Sociali) – <b>IN CUI SUSSISTE LA CONVIVENZA CON UN'ALTRA PERSONA NON IMPEGNATA IN ATTIVITA' LAVORATIVA</b>	<b>15</b>		
<b>Invalità di un genitore pari al 100%</b> (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica)	<b>15</b>		
<b>Invalità di un genitore pari o superiore ai 2/3 e inferiore al 100%</b> (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica)	<b>10</b>		
<b>Minori conviventi in situazione di disabilità con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le mansioni proprie della loro età</b> (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica)	<b>10</b>		
<b>Ogni familiare maggiorenne convivente non autosufficiente, con grado di invalidità pari o superiore ai 2/3</b> (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica)	<b>4</b>		
<b><u>FRATELLI CONVIVENTI CON IL BIMBO</u></b>			
Per ogni fratello età 0/6 anni Nido /Scuola Infanzia	<b>2</b>		
Per ogni fratello età 6/16 anni scolarizzato	<b>1</b>		

<b>NONNI DEL BAMBINO</b>				
Nonni non occupati, residenti nel Comune di Medicina, di età non superiore a 70 anni. L'eventuale non idoneità deve essere certificata (allegare certificazione alla domanda)	- <b>2</b> per ogni nonno			
<b>SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI – (punteggio da assegnare a ciascuno dei genitori del nucleo familiare, come definito all'articolo 7 del bando dei nidi d'infanzia)</b>	<b>Punti</b>	Padre	Madre	SOMMA (a cura dell'ufficio)
Lavoratore dipendente o autonomo, cassaintegrato, con impegno lavorativo avente scadenza in data uguale o posteriore al 31/12/2017:				
• lavoratore oltre le 31 ore settimanali	<b>15</b>			
• lavoratore oltre le 19 ore settimanali e fino a 31 ore settimanali	<b>13</b>			
• lavoratore fino a 19 ore settimanali	<b>8</b>			
Lavoratore dipendente o autonomo, cassaintegrato con impegno lavorativo avente scadenza antecedente al 31/12/2017	<b>5</b>			
Lavoratore in mobilità iscritto nelle liste presso i centri per l'impiego o lavoratore cassaintegrato a zero ore (il lavoratore in mobilità o in cassa integrazione a zero ore viene considerato occupato)	<b>2</b>			
Borsista, tirocinante, praticante, lavoratore con contratto a chiamata che svolge attività con scadenza in data uguale o posteriore al 31/12/2017	<b>7</b>			
Borsista, tirocinante, praticante, lavoratore con contratto a chiamata che svolge attività con scadenza antecedente al 31/12/2017	<b>4</b>			
Studente/studentessa non occupato/a	<b>2</b>			
Disoccupato, da non più di 12 mesi antecedenti alla data di scadenza del bando, interessato da uno stato di disoccupazione, dovuto ad uno alle seguenti cause: 1) licenziamento (escluse le dimissioni volontarie, il licenziamento per giusta causa, disciplinare o giustificato motivo soggettivo e comunque dovuto a cause imputabili al lavoratore) quale dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato, con qualsiasi tipo di contratto assimilabile al lavoro dipendente 2) mancato rinnovo di una qualsiasi tipologia di contratto di lavoro a termine, assimilabile al lavoro dipendente 3) dimissioni per giusta causa per mancata corresponsione di almeno 3 mensilità In tali casi l'interessato deve risultare iscritto alle liste di collocamento (punteggio non cumulabile con altre voci)	<b>2</b>			
<b>PUNTEGGIO AGGIUNTIVO ALLA CONDIZIONE LAVORATIVA</b>				
Lavoro disagiato: lavoro notturno e/o turni particolarmente gravosi (turni continuativi sulle 24 ore)	<b>1</b>			
Sede effettiva di lavoro nel territorio di Comuni <b><u>confinanti con Medicina</u></b> (Budrio, Castel Guelfo, Castel San Pietro Terme, Imola, Argenta, Ozzano, Molinella )	<b>1</b>			
Sede effettiva di lavoro nel territorio di Comuni <b><u>non confinanti</u></b> con Medicina	<b>2</b>			
<b>TOTALE PUNTI DELLA DOMANDA</b>				

<b>FRATELLI-SORELLE CONVIVENTI</b>			
Nome e Cognome	Data di nascita	Età	Scuola Frequentata

**Dati relativi all'attività lavorativa del PADRE (recapito telefonico del padre .....):**

Denominazione dell'Azienda/Ente di Lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Sede di lavoro, se diversa dalla sede legale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mansione svolta \_\_\_\_\_

L'impegno lavorativo ha scadenza:

 antecedente al 31/12/2017 : indicare la scadenza ..... uguale o posteriore al 31/12/2017: indicare la scadenza .....Lavoratore  dipendente  autonomo  in cassa integrazione  con contratto a chiamataLavoratore  in mobilità  in cassa integrazione a zero oreBorsista, tirocinante, praticante 

Effettua il seguente orario di lavoro: dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_ e dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_

Per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali previste dal contratto (escluso straordinari)

Da compilare solo per chi svolge attività lavorativa notturna e/o turni particolarmente gravosi: turni continuativi sulle

24 ore:dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_ e dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_ e dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_

**Dati relativi all'attività lavorativa della MADRE (recapito telefonico della madre .....):**

Denominazione dell'Azienda/Ente di Lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Sede di lavoro, se diversa dalla sede legale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mansione svolta \_\_\_\_\_

L'impegno lavorativo ha scadenza:

 antecedente al 31/12/2017: indicare la scadenza ..... uguale o posteriore al 31/12/2017: indicare la scadenza .....Lavoratore  dipendente  autonomo  in cassa integrazione  con contratto a chiamataLavoratore  in mobilità  in cassa integrazioneBorsista, tirocinante, praticante 

Effettua il seguente orario di lavoro: dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_ e dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_

Per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali previste dal contratto (escluso straordinari)

Da compilare solo per chi svolge attività lavorativa notturna e/o turni particolarmente gravosi: turni continuativi sulle

24 ore: dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_ e dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_ e dalle h \_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

**NONNI PATERNI**

Nome e Cognome	data nascita	Età	Comune di Residenza	Attività svolta

**NONNI MATERNI**

Nome e Cognome	Data nascita	Età	Comune di Residenza	Attività svolta

*TUTTI I REQUISITI DICHIARATI DEBONO ESSERE POSSEDUTI ENTRO LA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA. EVENTUALI INTEGRAZIONI POSSONO ESSERE ACCOLTE ENTRO LA DATA DI SCADENZA DEI SINGOLI BANDI INTEGRATIVI (entro il 10/6/2017 per la graduatoria relativa alle domande presentate nel periodo 27/5/17-10/6/2017, entro il 29/07/2017 per la graduatoria relativa alle domande presentate nel periodo 12/06/17-29/7/17, entro il 23/09/2017 per la graduatoria relativa alle domande presentate nel periodo 31/07/17-23/09/17, entro il 18/11/2017 per la graduatoria relativa alle domande presentate nel periodo 25/09/17-18/11/17) AD ECCEZIONE DELLA RESIDENZA CHE DEVE ESSERE EFFETTIVAMENTE ACQUISITA CON DOCUMENTAZIONE DELL'UFFICIO ANAGRAFE ENTRO LE DATE INDICATE NELLA PRIMA PAGINA DELLA PRESENTE DOMANDA*

**LA DOMANDA E' COMPLETATA DA NR. \_\_\_\_\_ ALLEGATI DI SEGUITO ELENCATI :**

1) ..... 2) .....

**Dichiarazione resa confermata e sottoscritta.**

Data e luogo \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

(firma)

Sottoscrizione apposta in presenza di \_\_\_\_\_

**OPPURE**

Allego fotocopia del documento di identità

Se nel nucleo familiare anagrafico non compare uno dei genitori titolari di potestà genitoriale, in assenza di vincolo matrimoniale o atto di separazione/divorzio, sentenza dell'Autorità Giudiziaria inerente l'affidamento e/o il mantenimento dei minori viene richiesta la sottoscrizione della domanda da parte di entrambi i genitori.

Data e luogo \_\_\_\_\_

(firma genitore non dichiarante)

Sottoscrizione apposta in presenza di \_\_\_\_\_

**OPPURE**

Allego fotocopia del documento di identità

**Il Comune si riserva di controllare che quanto dichiarato corrisponda al vero.**

**Informativa ai sensi dell'art.13 Decreto Legislativo 196/2003 T.U. sulla Privacy.** Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati dal Comune di Medicina per le finalità connesse alla pratica oggetto della presente domanda. Il dichiarante ha facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art. 7 della legge stessa, rivolgendosi all'Ufficio Servizi alla Persona Tel. 051/6979246-247-282