

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

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

indirizzo di posta elettronica certificata:
 comune.medicina@cert.provincia.bo.it
 (l'invio del presente modulo tramite posta
 elettronica è possibile solo se il genitore
 /tutore 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 2018/2019
 da presentare dal 31 marzo 2018 al 28
aprile 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 04/5/2018)

**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"/> NON RESIDENTE MA DI IMMINENTE IMMIGRAZIONE NEL COMUNE DI MEDICINA (la residenza deve essere effettivamente acquisita con documentazione dell'Ufficio Anagrafe entro il 04/5/2018) |
|---|

In qualità di *Genitore/i* Tutore Legale
C H I E D E - CHIEDONO per l'anno educativo 2018/2019

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 il 04/05/2018)

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

ASILI NIDO CAPOLUOGO (bambini nati dal 01/01/2016 al 31/03/2018)

() 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)

ASILO NIDO "CHICCODRILLO" FRAZ. S. ANTONIO (bambini nati dal 01/01/2016 al 31/03/2018)

() 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 01/01/2016 al 31/03/2018)

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 _____

DICHIARO INOLTRE

di NON avere presentato domanda di iscrizione alla scuola dell'Infanzia "S. Angelo Custode" sita in frazione di Villafontana

di avere presentato domanda di iscrizione alla scuola dell'Infanzia "S. Angelo Custode" sita in frazione di Villafontana (i bambini che alla data del 28/04/2018 risultassero già ammessi, con decorrenza da settembre, alla frequenza della Sezione Primavera della Scuola dell'Infanzia "S. Angelo Custode" verranno collocati in coda alla seconda graduatoria stilata dal Comune di Medicina, come indicato all'articolo 2 del bando per le iscrizioni ai nidi d'infanzia comunali)

OBBLIGHI VACCINALI

Dichiaro di essere consapevole che costituisce requisito di accesso al servizio nido l'aver assolto a quanto previsto dalla normativa in materia di obblighi vaccinali (L. 119/2017). Sarà cura dell'Ente procedere con l'invio dei dati all'AUSL competente per la verifica dell'obbligo vaccinale, nel rispetto delle indicazioni operative redatte dai Ministeri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca (PG. 2166 del 27/2/2018) e condivisa a livello regionale.

In caso di non ottemperanza e senza giustificata motivazione sanitaria, 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)

| <u>SITUAZIONE DEL BAMBINO</u> | Punti | Punti attribuiti | SOMMA (a cura dell'ufficio) |
|--|-------|------------------|-----------------------------------|
| Bambino in affidamento familiare o in pre-adozione o adozione (allegare certificazione) | 2 | | |
| <u>SITUAZIONE DELLA FAMIGLIA</u> | Punti | 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) - IN NESSUNO DI QUESTI CASI DEVE ESSERCI CONVIVENZA A QUALSIASI TITOLO CON ALTRA PERSONA NON IMPEGNATA IN ATTIVITA' LAVORATIVA | 25 | | |
| 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) - IN CUI SUSSISTE LA CONVIVENZA CON UN'ALTRA PERSONA NON IMPEGNATA IN ATTIVITA' LAVORATIVA | 15 | | |
| Invaldità di un genitore pari al 100% (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica) | 15 | | |
| Invaldità di un genitore pari o superiore ai 2/3 e inferiore al 100% (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica) | 10 | | |
| Minori conviventi in situazione di disabilità con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le mansioni proprie della loro età (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica) | 10 | | |
| Ogni familiare maggiorenne convivente non autosufficiente, con grado di invalidità pari o superiore ai 2/3 (allegare certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica) | 4 | | |

| | | | | |
|--|---------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|
| FRATELLI CONVIVENTI CON IL BIMBO | | | | |
| Per ogni fratello età 0/6 anni Nido /Scuola Infanzia | 2 | | | |
| Per ogni fratello età 6/16 anni scolarizzato | 1 | | | |
| NONNI DEL BAMBINO | | | | |
| 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) | - 2 per ogni nonno | | | |
| 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) | Punti | Padre | Madre | SOMMA (a cura dell'ufficio) |
| Lavoratore dipendente o autonomo, cassaintegrato, con impegno lavorativo avente scadenza in data uguale o posteriore al 31/12/2018: | | | | |
| • lavoratore oltre le 31 ore settimanali | 15 | | | |
| • lavoratore oltre le 19 ore settimanali e fino a 31 ore settimanali | 13 | | | |
| • lavoratore fino a 19 ore settimanali | 8 | | | |
| Lavoratore dipendente o autonomo, cassaintegrato con impegno lavorativo avente scadenza antecedente al 31/12/2018 | 5 | | | |
| Lavoratore in mobilità iscritto nelle liste presso i centri per l'impiego | 1 | | | |
| Lavoratore cassaintegrato a zero ore (il lavoratore in mobilità o in cassa integrazione a zero ore viene considerato occupato) | 2 | | | |
| Borsista, tirocinante, praticante, lavoratore con contratto a chiamata che svolge attività con scadenza in data uguale o posteriore al 31/12/2018 | 7 | | | |
| Borsista, tirocinante, praticante, lavoratore con contratto a chiamata che svolge attività con scadenza antecedente al 31/12/2018 | 4 | | | |
| Studente/studentessa non occupato/a | 2 | | | |
| Disoccupato, da non più di 12 mesi antecedenti alla data di scadenza del bando, interessato da uno stato di disoccupazione, dovuta ad una delle 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) | 2 | | | |
| PUNTEGGIO AGGIUNTIVO ALLA CONDIZIONE LAVORATIVA | | | | |
| Lavoro disagiato: lavoro notturno e/o turni particolarmente gravosi (turni continuativi sulle 24 ore) | 1 | | | |
| <u>Sede effettiva di lavoro</u> nel territorio di Comuni confinanti con Medicina (Budrio, Castel Guelfo, Castel San Pietro Terme, Imola, Argenta, Ozzano, Molinella) | 1 | | | |
| <u>Sede effettiva di lavoro</u> nel territorio di Comuni non confinanti con Medicina | 2 | | | |
| TOTALE PUNTI DELLA DOMANDA | | | | |

FRATELLI-SORELLE CONVIVENTI

| 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 il 31/12/2018 : indicare la scadenza uguale o posteriore al 31/12/2018: indicare la scadenzaLavoratore 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 il 31/12/2018: indicare la scadenza uguale o posteriore al 31/12/2018: indicare la scadenzaLavoratore 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 DEL BANDO AD ECCEZIONE DELLA RESIDENZA CHE DEVE ESSERE EFFETTIVAMENTE ACQUISITA CON DOCUMENTAZIONE DELL'UFFICIO ANAGRAFE ENTRO IL 4 MAGGIO 2018

LA DOMANDA E' COMPLETATA DA NR. _____ ALLEGATI DI SEGUITO ELENCATI :

- 1)
- 2)
- 3)

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