



# COMUNE DI CAPRAIA E LIMITE

## domanda iscrizione NIDO D'INFANZIA

anno educativo 2015-2016

domanda presentata da residente a CAPRAIA E LIMITE  domanda presentata da residente in altro Comune   
 con almeno un genitore che lavori a Capraia e Limite   
 prossima residenza a CAPRAIA E LIMITE  domanda presentata da residente in altro Comune

Il/la sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

**CHIEDE** l'iscrizione del proprio figlio/a al Nido d'infanzia.

Con orario:

1° SCELTA (obbligatoria)	<u>7.30-12.00</u>	<u>7.30-13.30</u>	<u>7.30-16.00</u>	<u>7.30-17.30</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2° SCELTA (obbligatoria)	<u>7.30-12.00</u>	<u>7.30-13.30</u>	<u>7.30-16.00</u>	<u>7.30-17.30</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.B. la prima e la seconda scelta sono obbligatorie, le altre scelte sono facoltative.

3° SCELTA (facoltativa)	<u>7.30-12.00</u>	<u>7.30-13.30</u>	<u>7.30-16.00</u>	<u>7.30-17.30</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4° SCELTA (facoltativa)	<u>7.30-12.00</u>	<u>7.30-13.30</u>	<u>7.30-16.00</u>	<u>7.30-17.30</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Informazioni sul bambino

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Sesso:  f  m  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
 Residente in via/p.za: \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Problemi di natura socio-culturale della famiglia o handicap del bambino (documentate dalla AUSL) \*

Presenza nella lista d'attesa dell'anno precedente

### Informazioni sulla madre

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Nata a: \_\_\_\_\_  
 Prov.: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ Residente in via/p.za: \_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_  
 Prov.: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Informazioni sul padre

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_  
 Prov.: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ Residente in via/p.za: \_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_  
 Prov.: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Stato civile dei genitori** (in relazione al bambino per cui si chiede l'iscrizione):

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| M                        | P                        |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coniugata/o o convivente  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Separata/o legalmente o divorziata/o  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nubile/celibe non convivente con riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Separata/o legalmente o divorziata/o, <b>ove sia dimostrata</b> l'effettiva assenza dell'altro genitore dalle responsabilità genitoriali  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nubile/celibe non convivente con riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore, <b>ove sia dimostrata</b> l'effettiva assenza dell'altro genitore dalle responsabilità genitoriali |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vedova/o  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nubile/celibe/divorziata/o non convivente senza riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore  |

**Condizione lavorativa dei genitori:**

**Notizie sull'attività lavorativa della MADRE:**

Descrizione dell'attività lavorativa: \_\_\_\_\_ dipendente  autonomo   
Ditta, ente o altro: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

**Notizie sull'attività lavorativa del PADRE:**

Descrizione dell'attività lavorativa: \_\_\_\_\_ dipendente  autonomo   
Ditta, ente o altro: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

- | M                        | P                        |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | invalidità /disabilità o handicap (documentata) *  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lavoro stabile/precario a tempo pieno (con contratto in essere ≥ a 6 mesi)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lavoro stabile/precario a part-time (con contratto in essere ≥ a 6 mesi) sino al 50% del tempo pieno   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lavoro stabile/precario a part-time (con contratto in essere ≥ a 6 mesi) sino all'85% del tempo pieno  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lavoro saltuario con almeno 6 mesi di attività lavorativa svolta negli ultimi 2 anni (calcolati a far data dall'ultimo giorno utile per le iscrizioni)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iscrizione al Centro per l'impiego - con dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro - realizzata negli ultimi 4 anni (calcolati a far data dal 28 febbraio immediatamente antecedente l'iscrizione al nido d'infanzia) <b>con svolgimento di attività lavorativa negli ultimi 2 anni</b> (calcolati a far data dall'ultimo giorno utile per le iscrizioni)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iscrizione al Centro per l'impiego - con dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro - realizzata negli ultimi 4 anni (calcolati a far data dal 28 febbraio immediatamente antecedente l'iscrizione al nido d'infanzia) <b>senza svolgimento di attività lavorativa negli ultimi 2 anni</b> (calcolati a far data dall'ultimo giorno utile per le iscrizioni) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condizione di studente in regolare corso di studi (scuola media superiore, corso di laurea, corso specializzazione e perfezionamento post-laurea, corso di formazione professionale finanziato o riconosciuto dalla Regione Toscana di durata pari o superiore a 400 ore e assimilati) o svolgimento di tirocinio post-laurea.                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Casalinga/o o pensionata/o   |

**Sede operativa di lavoro dei genitori** (con lavoro dipendente con contratto in essere pari o superiore a 6 mesi o con lavoro autonomo nel caso in cui sia documentato che la maggior parte dell'attività lavorativa si svolge presso la sede indicata).

- | M                        | P                        |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fino a Km 15 dall'indirizzo di residenza         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | da Km 15,01 a Km 30 dall'indirizzo di residenza  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | da Km 30,01 a Km 50 dall'indirizzo di residenza  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | da Km 50,01 a Km 100 dall'indirizzo di residenza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oltre Km 100 dall'indirizzo di residenza         |

**Orario di lavoro dei genitori con lavoro dipendente con contratto in essere pari o superiore a 6 mesi o con lavoro autonomo nel caso in cui sia documentato l'orario effettivamente svolto:**

- | M                        | P                        |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | orario spezzato su almeno 4 giorni a settimana con pausa pari o superiore a 1 ora                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | orario notturno unico o a turni (almeno il 30% del tempo di lavoro mensile si svolge nella fascia oraria 20.00-8.00) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pernottamento fuori casa: almeno 2 pernottamenti a settimana   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | orario unico   |

**Composizione del nucleo familiare:**

Madre:  Padre:  Figlio:  (per il quale si richiede l'iscrizione)

2° figlio: anno di nascita: \_\_\_\_\_  
3° figlio: anno di nascita: \_\_\_\_\_  
4° figlio: anno di nascita: \_\_\_\_\_  
5° figlio: anno di nascita: \_\_\_\_\_

**Condizione del nucleo familiare:**

- orfanità di entrambi i genitori con affidamento del bambino ai nonni
- minore età della madre
- minore età del padre
- affidamento
- adozione
- condizione di handicap di altro figlio \*
- gravidanza in corso della madre (*allegare certificato medico*)
- cura da parte di un genitore di un familiare (nonno/a bisnonno/a e zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente con il nucleo familiare del bambino \*
- cura da parte di un genitore di un familiare (nonno/a bisnonno/a e zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente entro 20 Km dalla propria abitazione \*

**Dati anagrafici e condizione Nonni:****Nonna materna**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ data nascita: \_\_\_\_\_  
 indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Se lavora indicare l'attività lavorativa \_\_\_\_\_ indirizzo ditta \_\_\_\_\_

**Nonno materno:**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ data nascita: \_\_\_\_\_  
 indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Se lavora indicare l'attività lavorativa \_\_\_\_\_ indirizzo ditta \_\_\_\_\_

**Nonna paterna:**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ data nascita: \_\_\_\_\_  
 indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Se lavora indicare l'attività lavorativa \_\_\_\_\_ indirizzo ditta \_\_\_\_\_

**Nonno paterno:**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ data nascita: \_\_\_\_\_  
 indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Se lavora indicare l'attività lavorativa \_\_\_\_\_ indirizzo ditta \_\_\_\_\_

**NONNI  
MATERNI****NONNI  
PATERNI**

nonna nonno nonna nonno

- |                          |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o in condizione non conosciuta  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o deceduta/o  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o assente per mancato riconoscimento da parte dello stesso nei confronti di un genitore   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o assente per mancato riconoscimento da parte di un genitore nei confronti del bambino  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o di età pari o superiore a 72 anni   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o di età inferiore a 72 anni occupato in attività lavorativa part-time (sino al 50% del tempo pieno)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o di età inferiore a 72 anni occupato in attività lavorativa a tempo pieno o part-time superiore al 50%   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o in condizione di invalidità/disabilità/handicap *   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o utile alla cura del bambino che accudisce un familiare (nonno/a, bisnonno/a, zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente presso il proprio nucleo familiare *   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o utile alla cura del bambino che accudisce un familiare (nonno/a, bisnonno/a, zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente entro 20 Km dalla propria abitazione * |

Nonna/o casalinga/o pensionata/o residente:

- |                          |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fino a Km 15 dall'abitazione del bambino         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | da Km 15,01 a Km 30 dall'abitazione del bambino  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | da Km 30,01 a Km 50 dall'abitazione del bambino  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | da Km 50,01 a Km 100 dall'abitazione del bambino |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oltre Km 100,01 dall'abitazione del bambino      |

Note:

**DICHIARO** di essere a conoscenza che la presente domanda, ad esclusione dei dati sensibili, può essere oggetto di accesso agli atti ai sensi della L. 241/90, da parte di altri richiedenti.

**DICHIARO** di essere a conoscenza che l'Ufficio Servizi Scolastici del Comune provvederà a comunicare ai richiedenti gli esiti della procedura tramite pubblicazione della graduatoria sul sito istituzionale del Comune di Capraia e Limite ([www.comune.capraia-e-limite.fi.it](http://www.comune.capraia-e-limite.fi.it)).

**DICHIARO** di accettare che le comunicazioni relative alla presente domanda vengano inviate via e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_(SCRIVERE STAMPATELLO).

**DICHIARO:**

- **di essere consapevole** che saranno attribuiti solo i punteggi rilevabili da quanto dichiarato nella domanda e supportati dalla necessaria documentazione quando richiesta (certificazione ASL) mentre non saranno attribuiti i punteggi ad eventuali dati incompleti e a documentazione mancante o non idonea.

- **di essere consapevole** che non verranno valutati, stati, fatti e qualità non indicate nella domanda e/o intervenute successivamente alla data di presentazione della stessa.

**INFORMATIVA D.Lgs. 30/6/2003 n. 196.** - Il D.Lgs 30/6/2003 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti. L'utilizzo dei dati indicati nella presente domanda hanno come finalità l'ammissione al Nido d'infanzia. La gestione dei dati è manuale e informatizzata. I dati saranno comunicati agli enti gestori del Nido d'infanzia.

Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto indispensabile all'organizzazione del servizio richiesto e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità a partecipare al servizio. Il Titolare del trattamento è il Comune di Capraia e Limite. Il Responsabile del trattamento è il Responsabile dei Servizi Generali Maria Cristina Zucchi.

Come noto, Le competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 D.Lgs 196/2003. Lei potrà quindi chiedere al responsabile del trattamento la correzione e l'integrazione dei propri dati e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione in blocco.

**NOTE:**

- nel caso di asterisco \* allegare copia di certificazione AUSL o INPS. Nel caso non venga allegata non sarà assegnato il punteggio corrispondente.

- le distanze Kilometriche sono calcolate con il sistema Google Maps – che fornisce la distanza tra i punti centrali dei Comuni interessati – con selezione dell'itinerario più corto tra quello proposto.

**La dichiarazione deve essere sottoscritta dal richiedente.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare copia del documento d'identità del richiedente.**