



COMUNE DI CAPRAIA E LIMITE

domanda iscrizione NIDO D'INFANZIA

anno educativo 2016-2017

- 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)	7.30-12.00	7.30-13.30	7.30-16.00	7.30-17.30
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

4° SCELTA (facoltativa)	7.30-12.00	7.30-13.30	7.30-16.00	7.30-17.30
	<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, ove sia dimostrata 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, ove sia dimostrata 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 \geq a 6 mesi) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lavoro stabile/precario a part-time (con contratto in essere \geq 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 \geq 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) con svolgimento di attività lavorativa 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) senza svolgimento di attività lavorativa negli ultimi 2 anni (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 documentabile 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 documentabile 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 (si intende un orario continuativo senza interruzione per pausa pranzo o altro titolo) |

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;
- **di essere consapevole**, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000 e ss.mm. delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate. Nel caso di dichiarazioni mendaci la domanda potrà essere respinta.

DICHIARO:

- **di aver preso visione** delle “Norme per l’iscrizione, la frequenza e la contribuzione del nido d’infanzia “Cocolalla” approvato con delibera GC n.32 del 30.03.2016”;
- **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.

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 all’Albo on-line e sul sito istituzionale del Comune di Capraia e Limite (www.comune.capraia-e-limite.fi.it) che avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

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

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.