

Data di presentazione	Pratica n.
-----------------------	------------



COMUNE DI FIDENZA  
Servizio Istruzione

MOD 01	I.O.	PPR 35
Rev 9 del 04/02/2014		

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
NIDI D'INFANZIA COMUNALI  
ANNO SCOLASTICO 2014-2015**

**DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO** per il quale si richiede l'ammissione:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ M  F   
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ (DATA PRESUNTA NASCITA) \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_  
COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ TELEFONO abitazione \_\_\_\_\_  
Cell. Mamma \_\_\_\_\_ Cell. Papà \_\_\_\_\_  
E – mail \_\_\_\_\_

Il bambino nello scorso anno scolastico ha frequentato il nido o lo spazio bimbi \_\_\_\_\_  
presso il comune di \_\_\_\_\_

*Per gli iscritti ai servizi educativi 0-3 del Comune di Fidenza*

Si richiede trasferimento presso altro servizio educativo comunale: \_\_\_\_\_

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare \* SI  NO

In caso di risposta negativa specificare esattamente la situazione (data, luogo deposito della sentenza di separazione e/o divorzio, altro): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nel nucleo sono presenti familiari con invalidità civile riconosciuta? SI  NO

Nel nucleo sono presenti familiari entro il 3° grado (nonni, bisnonni, riferiti al bambino) con invalidità oltre il 70% e non ospiti di struttura protetta? SI  NO

**ALLEGARE, in entrambi i casi, certificato attestante il grado di invalidità.**

**SITUAZIONE DEL BAMBINO PER CUI VIENE PRESENTATA LA DOMANDA**

- 1) E' in corso l'adozione? NO  SI  Dal \_\_\_\_\_ (mese/ anno)
- 2) E' in affidamento? NO  SI  Dal \_\_\_\_\_ (mese/ anno)
- 3) Il bambino presenta disabilità fisiche, psichiche e sensoriali per le quali si ritiene prioritario l'inserimento? NO  SI
- 4) Il nucleo familiare è seguito dal Servizio Sociale Territoriale NO  SI

**In caso di risposta affermativa alla domanda 3, allegare la documentazione dell'ente preposto attestante la condizione dichiarata**

\* per la definizione di *nucleo familiare* si veda art. 37 del Regolamento dei Servizi Educativi 0-3 anni

# DATI ANAGRAFICI E SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

**PADRE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

**A) LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**

Orario di lavoro settimanale da contratto

fino a 20 ore     tra 20 e 25 ore

tra 25 e 36 ore     oltre 36 ore

OPPURE

**B) LAVORO PRECARIO EFFETTUATO NELL'ANNO PRECEDENTE O NELL'ANNO IN CORSO**

(ultimo contratto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Orario di lavoro settimanale da contratto

fino a 20 ore     tra 20 e 25 ore

tra 25 e 36 ore     oltre 36 ore

PROFESSIONE \*: \_\_\_\_\_

DITTA O ENTE: \_\_\_\_\_

SEDE LAVORATIVA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_\_

**DISTANZA DELLA SEDE DI LAVORO (o DI STUDIO) DAL PROPRIO DOMICILIO**

(compilare solo se uguale o superiore a 10 Km)

tra 10 e 15 Km     tra 16 e 30 Km

tra 31 e 50 Km     oltre 50 Km

**TURNI DI LAVORO \*\***

fino alle 22:00     oltre le 22:00 e/o festivi

**ASSENZA DALLA FAMIGLIA \*\*\* nell'anno precedente per un periodo complessivo**

tra 1 e 2 mesi     tra 2 e 4 mesi

tra 4 e 6 mesi     oltre 6 mesi

**MADRE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

**A) LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**

Orario di lavoro settimanale da contratto

fino a 20 ore     tra 20 e 25 ore

tra 25 e 36 ore     oltre 36 ore

OPPURE

**B) LAVORO PRECARIO EFFETTUATO NELL'ANNO PRECEDENTE O NELL'ANNO IN CORSO**

(ultimo contratto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Orario di lavoro settimanale da contratto

fino a 20 ore     tra 20 e 25 ore

tra 25 e 36 ore     oltre 36 ore

PROFESSIONE \*: \_\_\_\_\_

DITTA O ENTE: \_\_\_\_\_

SEDE LAVORATIVA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_\_

**DISTANZA DELLA SEDE DI LAVORO (o DI STUDIO) DAL PROPRIO DOMICILIO**

(compilare solo se uguale o superiore a 10 Km)

tra 10 e 15 Km     tra 16 e 30 Km

tra 31 e 50 Km     oltre 50 Km

**TURNI DI LAVORO \*\***

fino alle 22:00     oltre le 22:00 e/o festivi

**ASSENZA DALLA FAMIGLIA \*\*\* nell'anno precedente per un periodo complessivo**

tra 1 e 2 mesi     tra 2 e 4 mesi

tra 4 e 6 mesi     oltre 6 mesi

\* SE STUDENTE: CON OBBLIGO DI FREQUENZA PADRE SI  NO  MADRE SI  NO

\*\* Si intendono per turni di lavoro quelli previsti da contratto (es.: operai, infermieri, forze dell'ordine, ecc.)  
Le ore di lavoro straordinario non vengono computate ai fini dell'assegnazione del punteggio.

\*\*\* Trasferte con pernottamento per motivi di servizio

## COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- altro/i figlio/i in età 0-2 anni inserito/i al nido       altro/i figlio/i in età 0-2 anni non inserito/i al nido
- figlio/i in età 3-5 anni inserito/i alla Scuola dell'Infanzia       figlio/i in età 3-5 anni non inserito/i alla Scuola dell'Infanzia
- figlio/i in età di scuole dell'obbligo       figlio/i in età 15-18 anni
- invalidità di altro figlio dal 33% al 45% ♦  
(che non necessiti di assistenza continua)       invalidità di altro figlio dal 46% al 99% ♦  
(che non necessiti di assistenza continua)
- gravidanza in corso (allegare certificato ginecologico)

♦ **ALLEGARE certificato di istituzione sanitaria o assistenza pubblica attestante il grado di invalidità.**

### NONNI

1. I nonni sono deceduti

SI  NO

A. MATERNI  UNO  ENTRAMBI

B. PATERNI  UNO  ENTRAMBI

2. Nonni che risiedono a una distanza tra gli 11 e i 30 km da Fidenza

A. MATERNI  UNO  ENTRAMBI

Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

B. PATERNI  UNO  ENTRAMBI

Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

3. Nonni che risiedono oltre i 30 Km da Fidenza

A. MATERNI  UNO  ENTRAMBI

Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

B. PATERNI  UNO  ENTRAMBI

Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

4. Nonni impegnati in attività lavorative

Nome/Cognome

Ditta/Ente

Sede

.....

.....

.....

.....

5. Un/a nonno/a accudisce il coniuge, un/a nonno/a o entrambi accudiscono altro familiare convivente (presente nello stesso stato di famiglia) con invalidità superiore ai 2/3 (**allegare: certificato rilasciato dalla Commissione invalidi civili**)

SI  NO

A. NUCLEO FAM. MATERNO Comune di residenza .....

B. NUCLEO FAM. PATERNO Comune di residenza .....

## SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA A FIDENZA

Indicare, nella prima colonna, l'ordine di preferenza, numerando (1,2,3, ecc..)

E' possibile esprimere anche una sola scelta (si veda il Regolamento dei servizi educativi 0-3 anni, art. 31 commi 8 – 12)

N	DENOMINAZIONE-UBICAZIONE	SEZIONI	ORARIO
	NIDO D'INFANZIA L' AQUILONE Via Vespucci, 7/A	Piccoli – medi – grandi (3-36 mesi)	Normale 7.30-15.30 . Prolungato fino alle ore 18
	NIDO D'INFANZIA L'ALBERO MAGICO Via XXV Aprile	Mista (12-36 mesi)	Normale 7.30-16.00
	NIDO A TEMPO CORTO GIROTONDO Viale I Maggio, 13	Mista (12-36 mesi)	Ridotto 7.30 -13.15
	NIDO D'INFANZIA GIROTONDO Viale I Maggio, 13	Piccoli – medi – grandi (9-36 mesi)	Normale 7.30- 15.30 Prolungato fino alle ore 17.30

DICHIARO CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO E:

- autorizzo qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- mi impegno a produrre adeguata documentazione, qualora sussistano le fattispecie di cui all'art. 49 comma 1. del D.P.R. 445/2000
- sono consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per fini istituzionali del servizio, come previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Testo unico in materia di privacy";
- sono consapevole della responsabilità penale che mi assumo ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;
- sono consapevole che nel caso di mancanza dell'indicazione di uno o più requisiti richiesti la domanda non potrà essere regolarizzata oltre la data di scadenza del bando.

Fidenza, \_\_\_\_\_

Firma padre

Firma madre

\_\_\_\_\_  
Allegare fotocopia documento identità

\_\_\_\_\_  
Allegare fotocopia documento identità

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

ETA' \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO \_\_\_\_\_ L'INCARICATO \_\_\_\_\_