

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO MICRONIDO
ANNO SCOLASTICO 2024/25**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'ammissione al Micro-Nido del Comune di Camposanto per il/la bambino/a

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ in via _____

telefono abitazione _____ cellulare _____

tempo pieno

consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci, come da artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa ex art. 13 D. Lgs. n. 196/03 per il trattamento dei dati sensibili.

che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Titolo di studio	Professione	Sesso M/F
Padre						
Madre						
Figlio da iscrivere						
Altro figlio						
Altro figlio						
Altro figlio						
Altro componente						
Altro componente						

Lasciare vuote le caselle che non interessano

NOTIZIE SUL NUCLEO FAMILIARE

1) Il numero dei figli ed il relativo punteggio sono attribuiti dall' ufficio in base a quanto dichiarato nella tabella del nucleo familiare.

2) Bambino in situazione di handicap certificato ai sensi della L. n.104/92

3) Padre, madre, fratello o sorella del/la bambino/a per il quale si fa la domanda, invalidi (obbligatorio allegare copia della certificazione sanitaria)

da 33 a 45% _____ Cognome/nome _____

da 46 a 67% _____ Cognome/nome _____

da 68 a 100% _____ Cognome/nome _____

Scrivere il numero degli eventuali familiari con invalidità e le rispettive identità

4) Familiari conviventi con invalidità superiore al 75%

Cognome/Nome _____

5) Assenza di un genitore dal nucleo familiare:

Indicare il motivo dell'assenza

6) Domande per gemelli

7) Nuova gravidanza

OBBLIGATORIETA' DELLE VACCINAZIONI NEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA - Legge 31 Luglio 2017, n. 119.

Il sottoscritto genitore dichiara:

1) di essere a conoscenza circa l'obbligatorietà delle vaccinazioni e di impegnarsi a sottoporre la/il bambina/o, per cui si presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente;

2) di allegare alla presente domanda di iscrizione il certificato vaccinale in corso di validità;

3) di impegnarsi ad inoltrare allo sportello territoriale istruzione di Camposanto le successive certificazioni per vaccinazioni avvenute dopo la presentazione della domanda di iscrizione al servizio;

Si informa che il Servizio Educativo 0/6 anni effettuerà i controlli necessari previsti dalla normativa per gli iscritti all'anagrafe vaccinale della Regione E/R.

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

PADRE

Denominazione del datore di lavoro _____

Luogo dell'attività lavorativa _____

Recapito telefonico _____

Lavoratore dipendente Lavoratore autonomo

Orario di lavoro:

- tempo pieno (da 36 a 40 ore settimanali)
- part- time (da 19 a 35 ore settimanali)
- part-time (fino a 18 ore settimanali)

Contratto di lavoro:

- tempo indeterminato
- tempo determinato con durata superiore a 12 mesi
- tempo determinato con durata inferiore a 12 mesi
- turnista con orario diurno
- turnista anche in orario notturno
- studente lavoratore in corso regolare di studi con obbligo di frequenza
- studente lavoratore in corso regolare di studi senza obbligo di frequenza

MADRE

Denominazione del datore di lavoro _____

Luogo dell'attività lavorativa _____

Recapito telefonico _____

Lavoratore dipendente Lavoratore autonomo

Orario di lavoro:

- tempo pieno (da 36 a 40 ore settimanali)
- part- time (da 19 a 35 ore settimanali)
- part-time (fino a 18 ore settimanali)

Contratto di lavoro:

- tempo indeterminato
- tempo determinato con durata superiore a 12 mesi
- tempo determinato con durata inferiore a 12 mesi
- turnista con orario diurno
- turnista anche in orario notturno
- studente lavoratore in corso regolare di studi con obbligo di frequenza
- studente lavoratore in corso regolare di studi senza obbligo di frequenza

CRITERI SUPPLETIVI

In caso di parità di punteggio si valuterà, quale criterio suppletivo, la presenza o meno di una rete familiare (nonni) e la possibilità di farvi affidamento. Per ogni nonno considerare un solo punteggio, quello relativo alla condizione di maggior disagio.

Nonno paterno

Cognome/Nome _____

Data di nascita _____

Comune di residenza _____

Nonna paterna

Cognome/Nome _____

Data di nascita _____

Comune di residenza _____

Nonno materno

Cognome/Nome _____

Data di nascita _____

Comune di residenza _____

Nonna materna

Cognome/Nome _____

Data di nascita _____

Comune di residenza _____

	Nonno paterno	Nonna paterna	Nonno materno	Nonna materna
Deceduto, assente, ricoverato, occupato tempo pieno, invalido superiore al 65%, età superiore ai 75 anni, residente oltre i 100 Km				
Occupato part-time (meno di 30 ore settimanali) invalido inferiore al 65%, età compresa tra 70 e 75 anni, residente oltre i 35 Km				
Età compresa tra i 65 e i 70 anni, residente in altro Comune rispetto a quello del bambino				

In caso di ulteriore parità di punteggio la precedenza all' ammissione sarà assegnata al richiedente per il bambino di maggiore età.

Data _____

Firma _____