



## INFORMAZIONI SUL/LA BAMBINO/A

Il bambino è in affido familiare?  Sì  No

Il bambino presenta eventuali condizioni di salute fisiche o psichiche da segnalare, quali: allergie, handicap, altro? (allegare certificazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cognome e nome del pediatra \_\_\_\_\_ Tel. Ambulatorio \_\_\_\_\_

Il bambino ha frequentato altri Servizi per l'Infanzia?  Sì  No

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Il bambino, l'anno precedente, era in lista d'attesa nei Servizi per l'Infanzia comunali e non è stato inserito?  Sì  No

## INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare?  Sì  No

In caso di risposta negativa, specificare la situazione (separazione, divorzio, decesso, carcerazione, mancato riconoscimento del figlio, altro) \_\_\_\_\_

### ALTRI FIGLI:

anno di nascita _____	scolarizzato/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Scuola _____
anno di nascita _____	scolarizzato/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Scuola _____
anno di nascita _____	scolarizzato/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Scuola _____
anno di nascita _____	scolarizzato/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Scuola _____
anno di nascita _____	scolarizzato/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Scuola _____

E' in corso una nuova gravidanza? (allegare certificazione)  Sì  No

Se sì, la nascita è prevista per il mese di \_\_\_\_\_

Tra i familiari conviventi vi è qualcuno che si trovi in stato di infermità grave o cronica, o necessiti di assistenza continua? (allegare certificazione)  Sì  No

L'eventuale assistenza è affidata alle istituzioni?  Sì  No

Annotazioni aggiuntive \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI RELATIVE AI GENITORI

### Padre

Professione \_\_\_\_\_

- Lavoratore autonomo       Studente (allegare certificazione)  
 Lavoratore dipendente       Coadiuvante  
 Pensionato/Inabile       Disoccupato  
 Altro \_\_\_\_\_

Ditta o ente \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Ore di lavoro settimanali (escluso straordinari) :

- da 36 ore settimanali ed oltre n. ore \_\_\_\_\_  
 da 24 a 35 ore settimanali n. ore \_\_\_\_\_  
 da 12 a 23 ore settimanali n. ore \_\_\_\_\_  
 inferiori a 12 ore settimanali n. ore \_\_\_\_\_

Tipologia del contratto di lavoro:

- Lavoro a tempo indeterminato  
 Lavoro a tempo determinato  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

### Madre

Professione \_\_\_\_\_

- Lavoratrice autonoma       Studentessa (all. certificazione)  
 Lavoratrice dipendente       Coadiuvante  
 Pensionata/Inabile       Disoccupata/Casalinga  
 Altro \_\_\_\_\_

Ditta o ente \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Ore di lavoro settimanali (escluso straordinari) :

- da 36 ore settimanali ed oltre n. ore \_\_\_\_\_  
 da 24 a 35 ore settimanali n. ore \_\_\_\_\_  
 da 12 a 23 ore settimanali n. ore \_\_\_\_\_  
 inferiori a 12 ore settimanali n. ore \_\_\_\_\_

Tipologia del contratto di lavoro:

- Lavoro a tempo indeterminato  
 Lavoro a tempo determinato  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI RELATIVE AI NONNI

### Nonno paterno

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

- Lavoratore autonomo       Pensionato  
 Lavoratore dipendente       Disoccupato  
 Invalido (allegare certificazione)       Istituzionalizzato  
 Deceduto il \_\_\_\_\_       Impegnato ad accudire  
a \_\_\_\_\_ i propri genitori

Ditta e sede \_\_\_\_\_

### Nonna paterna

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

- Lavoratrice autonoma       Pensionata  
 Lavoratrice dipendente       Disoccupata/Casalinga  
 Invalida (allegare certificazione)       Istituzionalizzata  
 Deceduta il \_\_\_\_\_       Impegnata ad accudire  
a \_\_\_\_\_ i propri genitori

Ditta e sede \_\_\_\_\_

### Nonno materno

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

- Lavoratore autonomo       Pensionato  
 Lavoratore dipendente       Disoccupato  
 Invalido (allegare certificazione)       Istituzionalizzato  
 Deceduto il \_\_\_\_\_       Impegnato ad accudire  
a \_\_\_\_\_ i propri genitori

Ditta e sede \_\_\_\_\_

### Nonna materna

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

- Lavoratrice autonoma       Pensionata  
 Lavoratrice dipendente       Disoccupata/Casalinga  
 Invalida (allegare certificazione)       Istituzionalizzata  
 Deceduta il \_\_\_\_\_       Impegnata ad accudire  
a \_\_\_\_\_ i propri genitori

Ditta e sede \_\_\_\_\_

## SERVIZI AGGIUNTIVI

### Si richiede il servizio di **Ingresso Anticipato (ore 7.30)?**

Si No 

Il servizio è gratuito e può essere richiesto da famiglie che ne documentino la necessità per motivi di lavoro.

### Si richiede il servizio di **Tempo Prolungato (ore 16 – 18.20)?**

Si No 

Il servizio può essere istituito in caso di richieste pari ad un numero minimo di 7 per il Nido e 10 per La Scuola d'Infanzia, stabili per l'anno scolastico, presentate da famiglie in cui entrambi i genitori siano occupati in attività lavorativa nella fascia oraria considerata. L'iscrizione al servizio, da confermare entro il mese di giugno, comporta il pagamento di una retta fissa mensile, non rimborsabile né riducibile in caso di assenze o mancato utilizzo. Alle 18.20 non funziona il servizio di trasporto.

### Si richiede il servizio di **Trasporto Scolastico?**

Si No 

Il servizio potrà essere attivato con un numero minimo di 5 richieste di bambini residenti ad almeno 2 km di distanza dalla scuola.

La richiesta dovrà essere confermata entro i primi giorni di scuola con apposito modulo consegnato alle famiglie. L'utilizzo del servizio prevede il pagamento di una retta mensile.

### Si richiede la preiscrizione al **Tempo Estivo ?**

Si No 

Il servizio può essere istituito nel mese di luglio, per un numero minimo di 2 settimane e un massimo di 4, a fronte di un numero di richieste non inferiore a 18 e non superiore a 25, e prevede il pagamento di una retta unica per tutti gli utenti, non rimborsabile e non riducibile per assenze o periodi limitati di frequenza.

L'istituzione del servizio è subordinata alla conferma dell'utenza entro il 30 marzo dell'anno scolastico corrente, con il pagamento di metà della retta stabilita.

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ genitore del/la bambino/a per il/la quale inoltro domanda di ammissione alla Scuola dell'Infanzia, i cui dati anagrafici sono resi nell'apposita sezione del modulo,

### DICHIARO

- di aver preso visione del bando relativo al corrente anno scolastico e di tutte le condizioni e termini in esso contenuti;
- che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero e di essere consapevole che la legge sull'autocertificazione prevede la possibilità di eseguire controlli, per cui l'Ufficio Scuola potrà:
  - richiedere la presentazione di documenti a conferma di quanto dichiarato dal/dalla sottoscritto/a
  - svolgere accertamenti avvalendosi delle strutture competenti nel caso in cui le informazioni fornite siano insufficienti
  - applicare le sanzioni previste dalla normativa vigente e dal Regolamento Comunale dei Servizi Educativi per l'Infanzia, compresa l'eventuale denuncia penale se risultasse falso quanto dichiarato dal/dalla sottoscritto/a;

### MI IMPEGNO

- a comunicare tempestivamente all'Ufficio Scuola ogni variazione dei recapiti postali e telefonici, intervenuta dopo la presentazione della presente domanda, sollevando l'Ufficio stesso da ogni conseguenza derivante dal mancato aggiornamento dei recapiti;
- a produrre i documenti eventualmente richiesti, dichiarando inoltre, ai sensi del Dlgs 196/2003 art. 13, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati dal Comune di Gattatico anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'organizzazione dei Servizi per l'infanzia e quindi del procedimento per cui le presenti dichiarazioni vengono rese. Il dichiarante potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Decreto citato.

### ALLEGRO

- alla presente domanda le seguenti certificazioni:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

#### RISERVATO ALL'UFFICIO

Si attesta, ai sensi del D.P.R. 455/2000, che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e sulla possibile decadenza del diritto di assegnazione del servizio richiesto.

Gattatico, \_\_\_\_\_ L'impiegato/a \_\_\_\_\_

#### IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

#### ATTENZIONE:

Occorre firmare davanti all'incaricato/a dell'Ufficio Scuola. Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri si deve allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.