



COMUNE DI MONTAIONE

(Provincia di Firenze)

ASILO NIDO COMUNALE

“Il Cerbiatto”

SCHEDA DI ISCRIZIONE

anno educativo 2011/2012



Domanda di riconferma iscrizione (per gli utenti già frequentanti L'ASILO NIDO o IL CENTRO GIOCO nell'anno educativo precedente)

Domanda di iscrizione; inserimento previsto : inizio anno educativo
 nel mese di _____

TEMPO DI FREQUENZA : **Tempo ridotto:** 7.30/9.30 - 12.00 (pranzo escluso)

Tempo corto: 7.30/9.30 - 14.30

Tempo lungo: 7.30/9.30 - 17.30

Solo nel caso in cui, al termine delle iscrizioni, risulti disponibilità di capienza nell'arco pomeridiano per mancata assegnazione dei 14 posti previsti per il tempo lungo, potrà essere attivata la tipologia di:

Tempo pomeridiano: 11.30 - 17.30 (pranzo incluso)

Presenza in precedente lista d'attesa del servizio

Informazioni sul bambino

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso f m

Nato/a: _____ Prov: _____ il: _____ residente in via/p.zza: _____

Comune di: _____ Prov.: _____ tel. _____ Presenza handicap (*): Si

Informazioni sulla madre

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a: _____ Prov: _____ il: _____ residente in via/p.zza: _____

Comune di: _____ Prov.: _____ tel. _____ Presenza handicap (*): Si

Informazioni sul padre

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a: _____ Prov: _____ il: _____ residente in via/p.zza: _____

Comune di: _____ Prov.: _____ tel. _____ Presenza handicap (*): Si

Problematiche di natura socio-culturale nella famiglia (*): Si

Stato civile (in relazione al bambino per il quale si richiede l'iscrizione)	madre	padre
Coniugato/a o convivente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedovo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separato/a legalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorziato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celibe/nubile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado di istruzione	m	p
Nessun titolo di studio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenza media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifica professionale intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma di scuola media superiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma parauniversitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma di laurea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione lavorativa	m	p
Malattia oltre 12 mesi o inabilità oltre il 67% (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro stabile / precario a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro stabile / precario part-time (fino al 50% del tempo pieno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro saltuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al Centro per l'impiego con stato di disoccupazione dalla data _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cassa integrazione / mobilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupazione (fino ad un anno) o cassa integrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione di studente/studentessa in corso regolare di studi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casalunga, pensionato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo di attività: a) lavoro autonomo	m	p
Imprenditore (con 15 o più dipendenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titolare di azienda (fino a 14 dipendenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libero professionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoratore in proprio (commercio, artigianato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboratore (rapporto collaborazione coordinata, continuativa, occasionale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socio cooperativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coadiuvante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro tipo di attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo di attività: b) lavoro alle dipendenze	m	p
Dirigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direttivo; quadro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insegnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiegato; tecnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Militare o equivalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoratore a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboratore familiare o similare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendista o contratto di formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Settore di attività	m	p
Agricoltura, allevamento e orticoltura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria e artigianato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribuzione, commercio all'ingrosso e al minuto, intermediazione al commercio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporti e comunicazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi alle imprese, credito, assicurazione, noleggio e organizzazioni di categoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblica amministrazione, servizi di sicurezza nazionale e ordine pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi sociosanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istruzione, cultura e ricerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alberghi e turismo, sport e spettacolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazioni varie, pubblici esercizi, servizi personali e domestici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notizie sull'attività lavorativa della madre

Descrizione dell'attività lavorativa: _____

Ditta, ente o altro: _____

Indirizzo: _____ tel.: _____

Sede lavorativa (indicare indirizzo completo se diverso dalla sede della ditta) _____

Distanza tra l'abitazione e la sede di lavoro: Fino a 15 Km Da 16 a 30 Km oltre 30 Km**Notizie sull'attività lavorativa del padre**

Descrizione dell'attività lavorativa: _____

Ditta, ente o altro: _____

Indirizzo: _____ tel.: _____

Sede lavorativa (indicare indirizzo completo se diverso dalla sede della ditta) _____

Distanza tra l'abitazione e la sede di lavoro: Fino a 15 Km Da 16 a 30 Km oltre 30 Km**Orario di lavoro dei genitori**Orario di lavoro stabile svolto per la maggior parte del tempo nell'arco 8-20 **m** **p**Orario a turni o variabile oltre la fascia 8-20 *specificare:* unico / spezzato / turni / variabile _____Il sabato è giorno lavorativo? (barrare solo in caso affermativo) **Composizione attuale del nucleo familiare**Madre: Padre: Figlio: (per il quale si richiede l'iscrizione)2° figlio: età: _____ 3° figlio: età: _____ 4° figlio: età: _____ 5° figlio: età: _____ 6° figlio: età: _____ Adozione o affidamento del bambino Handicap in un altro figlio (*) Handicap in un genitore (*) Gravidanza in corso (*) **Membri della famiglia estesa conviventi con il nucleo familiare**Nonna materna Nonno materno Nonna paterna Nonno paterno Altra persona (grado di parentela con bambino: _____) Presenza di nonna/o o altro congiunto con invalidità oltre il 67% (*) **Età, condizione lavorativa e residenza dei nonni materni e paterni**

Nonno/a	Età (1)	Condizione lavorativa				Residenza	
	Anni	Lavoro	Casalinga	Pensionato/a	Invalidità (*) oltre il 67%	nel Comune	Distanza tra l'abitazione del nonno/a e quella del bambino
Nonna materna	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> fino a 15 Km <input type="checkbox"/> da 16 a 30 Km <input type="checkbox"/> oltre 30 Km
Nonno materno	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> fino a 15 Km <input type="checkbox"/> da 16 a 30 Km <input type="checkbox"/> oltre 30 Km
Nonna paterna	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> fino a 15 Km <input type="checkbox"/> da 16 a 30 Km <input type="checkbox"/> oltre 30 Km
Nonno paterno	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> fino a 15 Km <input type="checkbox"/> da 16 a 30 Km <input type="checkbox"/> oltre 30 Km

(1) Se la persona è deceduta indicare "D" – Se la persona è sconosciuta indicare "S".

(*) Ai fini dell'attribuzione del punteggio previsto, le condizioni relative allo stato di salute devono essere documentate con certificato medico

Eventuali comunicazioni in merito a cambiamenti nelle condizioni familiari che danno luogo a punteggio per l'inserimento in graduatoria non verranno prese in considerazione oltre la data utile per la presentazione della domanda (14 maggio).

I dati incompleti non daranno titolo ad alcun punteggio

Per la determinazione della quota mensile a carico della famiglia, **si impegna** a compartecipare alle spese di gestione, secondo quanto previsto dalle norme nazionali che regolano il funzionamento dei servizi a domanda individuale, nella misura disposta dall'Amministrazione Comunale, come da schema seguente:

FASCIA	INDICATORE I.S.E.E.	TEMPO RIDOTTO	TEMPO CORTO		TEMPO LUNGO		TEMPO POMERIDIANO	
		(7.30-12.00)	(7.30-14.30)		(7.30-17.30)		(11.30-17.30)	
		quota mensile	quota mensile	quota giorn.	quota mensile	quota giorn.	quota mensile	quota giorn.
1°	0-4.500 euro + attestazione servizio sociale	esenzione						
2°	4.501-9.500 euro	76,00	127,00	2,50	148,00	2,50	117,00	2,50
3°	9.501-18.500 euro	112,00	204,00	2,50	254,00	2,50	189,00	2,50
4°	18.501-25.500 euro	143,00	255,00	2,50	296,00	2,50	235,00	2,50
5°	Oltre 25.500,01 euro	165,00	291,00	2,50	337,00	2,50	270,00	2,50

Le sole famiglie degli utenti ammessi saranno invitate a presentare la dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.), come previsto dal D. Lgs. 109/99 e successive modifiche e integrazioni, entro il 30 giugno 2011. Coloro che, entro detto termine, non avranno presentato alcuna dichiarazione saranno collocati nell'ultima fascia corrispondente all'indicatore ISEE superiore a 25.000,01 euro.

In caso di indisponibilità di posto per la tipologia di iscrizione richiesta dichiara, nell'ordine, le seguenti preferenze:

2. Tempo ridotto Tempo corto Tempo lungo Tempo pomeridiano Nessuna
 3. Tempo ridotto Tempo corto Tempo lungo Tempo pomeridiano Nessuna
 4. Tempo ridotto Tempo corto Tempo lungo Tempo pomeridiano Nessuna

Le presenti dichiarazioni sono rilasciate nella consapevolezza delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, come stabilito dall'art. -76 del D.P.R. 445/2000. L'Amministrazione comunale è autorizzata ad accedere alle informazioni personali reperibili presso altri enti pubblici o privati inerenti l'oggetto del dichiarato.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. L.gs.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e successivamente anche per finalità inerenti la gestione dei servizi stessi, nonché elaborazioni statistiche e iniziative di tipo culturale ed educativo. Tali dati personali potranno essere comunicati a soggetti diversi incaricati della gestione dei servizi medesimi.

data, _____

(Firma della madre)

(Firma del padre)

N.B.: Allegare copia di valido documento di riconoscimento di entrambi i genitori
Altri allegati: _____