



Comune di Sarmato
 Provincia di Piacenza
 Via della Resistenza, 2 – 29010 Sarmato (Piacenza)
 Ufficio Sociale–Scuola
 tel. 0523–887827
 mail: scuola@comune.sarmato.pc.it



Domanda servizio nido d'infanzia anno educativo 2024/2025

Il/la sottoscritto/a genitore, tutore o affidatario (indicato/a come intestatario/a dell'avviso di pagamento PagoPA)											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza						
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare			Telefono fisso			Posta elettronica certificata					
Posta elettronica ordinaria obbligatoria, verrà utilizzata per inviare ogni comunicazione d'ufficio e per l'invio degli avvisi di pagamento											

del bambino/a									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Pediatra di famiglia									

CHIEDE

- l'iscrizione al nido d'infanzia
 la conferma d'iscrizione al nido d'infanzia

con modulo orario in

<input type="radio"/>	tempo parziale	dalle ore 7.45 alle ore 13.00
<input type="radio"/>	tempo pieno	dalle ore 7.45 alle ore 16.00
<input type="radio"/>	tempo prolungato*	dalle ore 7.45 alle ore 17.45
*(su richiesta dei genitori per comprovate esigenze lavorative degli stessi. Viene istituito in presenza di un congruo numero di domande (n. minimo di domande stabilito in n.5) e fino ad un massimo di 7 bambini (nel caso in cui sia presente un lattante il numero massimo di bambini ammessi è 5)		
a partire da (esprimere preferenza, considerando che l'ordine indicato dalla graduatoria, si terrà conto di particolari esigenze organizzative del servizio)		
Data di inizio frequenza (per ufficio)		

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli

DICHIARA INOLTRE

che oltre al richiedente e al beneficiario/a del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela (*):

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

che ricorrono le seguenti situazioni particolari

<input type="checkbox"/>	nel proprio nucleo sono presenti persone con handicap
<input type="checkbox"/>	il proprio nucleo è seguito dal servizio sociale Indicare l'Assistente Sociale di riferimento _____
<input type="checkbox"/>	Segnalare eventuali problemi di salute e/o disabilità del bambino/a per il quale si presenta la domanda (allegare certificazione medica)

che il/la sottoscritto/a svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro		
<input type="checkbox"/>	Autonomo	punti 15
<input type="checkbox"/>	dipendente a tempo indeterminato	punti 15
<input type="checkbox"/>	dipendente a tempo determinato	punti 10 fino a 9mesi
	Dal	Al
<input type="checkbox"/>	saltuario o occasionale	
<input type="checkbox"/>	in cerca d'occupazione	
<input type="checkbox"/>	non occupato	
<input type="checkbox"/>	altro	
<input type="checkbox"/>	Iscritto al Centro per l'impiego	punti 5

Qualifica o professione

Presso denominazione/ragione sociale **Tipologia**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)

Congedo parentale

<input type="radio"/>	no	
<input type="radio"/>	si	
	<input type="radio"/>	per maternità o allattamento
	Dal	Al

<input type="radio"/>	per nuova maternità o gravidanza	
	Dal	Al

che il partner svolge il seguente tipo di lavoro

Tipo di lavoro										
<input type="checkbox"/>	Autonomo								punti 15	
<input type="checkbox"/>	dipendente a tempo indeterminato								punti 15	
<input type="checkbox"/>	dipendente a tempo determinato								punti 10 fino a 9mesi	
	Dal				Al					
<input type="checkbox"/>	saltuario o occasionale									
<input type="checkbox"/>	in cerca d'occupazione									
<input type="checkbox"/>	non occupato									
<input type="checkbox"/>	altro									
<input type="checkbox"/>	Iscritto al Centro per l'impiego								punti 5	
Qualifica o professione										
Presso denominazione/ragione sociale							Tipologia			
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Orario di lavoro (specificare gli orari anche di eventuali turni)										
Congedo parentale										
<input type="radio"/>	no									
<input type="radio"/>	si									
	<input type="radio"/>	per maternità o allattamento								
		Dal				Al				
	<input type="radio"/>	per nuova maternità o gravidanza								
		Dal				Al				

Eventuali annotazioni

Condizione economica del nucleo familiare (D.lgs 109/98 e 130/2000 s.m.i., DPCM 159/2013 e s.m.i.)	
<input type="checkbox"/>	Dichiaro di presentazione ISEE prestazioni agevolate rivolte a minorenni, in corso di validità, valore ISEE € -----
<input type="checkbox"/>	Dichiaro di non presentare la dichiarazione ISEE

DICHIARA INOLTRE

Al momento della domanda di ammissione, i genitori, si impegnano a sottoporre il bambino alle vaccinazioni previste dalla normativa vigente e ad autorizzare il titolare o il gestore del servizio ad acquisire l'idoneità alla frequenza direttamente presso l'azienda USL di competenza, consapevole che, in caso di non ottemperanza e senza motivazione sanitaria (autorizzata dalla pediatria di comunità previa presentazione di certificato rilasciato dal pediatra di libera scelta) sarà preclusa la frequenza al servizio.

Elenco degli allegati <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali <i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sarmato		
Luogo	Data	Il dichiarante

RISERVATO ALL'UFFICIO

CARICO FAMILIARE

ATTENZIONE

L'attribuzione dei punteggi è riservata all'Ufficio

- 1) Assenza dal nucleo familiare di 1 genitore** **punti 15**
per decesso
per mancato riconoscimento del figlio
per abbandono del nucleo
- 2) Genitori non conviventi:** **punti 10**
per separazione/divorzio
- 3) Necessità di inserimento di fratelli gemelli** **punti 9**
- 4) Presenza di un fratello/sorella diversamente abili** **punti 6**
- 5) Presenza di un genitore/famigliare convivente con dichiarazione di handicap grave certificato ai sensi della L. 104** **punti 6**

CARICO SOCIALE

La famiglia del bambino/a è in carico al Servizio Sociale? SI NO **punti 25**

Indicare l'Assistente Sociale di riferimento

PUNTEGGIO PARZIALE
VALORE ISEE	€
PUNTEGGIO ISEE
RETTA NIDO 1,97%	€
PUNTEGGIO DI AMMISSIONE