

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO
Area Socio-Assistenziale

☐	NUOVA AMMISSIONE
☐	CONFERMA

Oggetto: Richiesta ammissione Asilo nido comunale anno pedagogico 2025/2026.

I sottoscritt _____ nato a _____
il _____ residente a Capo d'Orlando in Via _____
C.F. _____ Tel./cell _____
email _____

C H I E D E

L'ammissione per il periodo Settembre 2025-Luglio 2026 del figlio/figlia _____
altro (in questo caso indicare il rapporto di parentela) _____
Nat_ a _____ il _____ all'asilo Nido Comunale per la seguente sezione:

☐	SEMIDIVEZZI
☐	DIVEZZI

Solo nell'orario normale dalle ore 8,00 fino alle 14,00	☐
Anche nell'orario pomeridiano dalle ore 14,00 alle 16,45	☐

A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, andrà incontro alle sanzioni penali dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e decadrà dai benefici conseguiti

D I C H I A R A

Di trovarsi nella seguente situazione determinante priorità e/o punteggio per l'ammissione*:

PRIORITA' :

- 1) **Bambino orfano di entrambi i genitori** (Esclusi i casi di adozione o affidamento preadottivo).

☐

- 2) **Bambino che presenta difficoltà** (situazione prevista alla voce "ammissione" del bando), da documentare con certificazione rilasciata dalla competente commissione sanitaria.

☐

- 3) **Presenza di un solo genitore** (situazione prevista alla voce "ammissione" del bando). Esclusi i casi in cui il genitore ha un coniuge o un convivente.

☐

ELEMENTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO: **massimo punti 1**

- a) **Presenza di fratelli conviventi:** - n. _____ fratello/sorella fino all'età di 10 anni (punti 0,2).

☐

- b) **Presenza in famiglia di soggetti bisognosi di assistenza continua:** **punti 8**

-invalidità 100% di _____ (padre/madre/) che necessita di assistenza continua .

☐

-invalidità del 100% di _____ (altro figlio) che necessita di assistenza continua .

- parenti entro il terzo grado conviventi con invalidità del 100%

punti 1

non ospitati in struttura protetta da documentarsi con idonea certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili)

- c) **Grave malattia di** _____ (genitore o fratello/sorella) che impedisce di accudire al bambino da documentarsi con idonea certificazione. **punti 8**

*** il punteggio di cui alle precedenti lett. b) e c) non è cumulabile.**

☐

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI:

d) MADRE LAVORATRICE: Azienda / Amm.ne /Attività autonoma _____

- Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via _____
- altro Comune _____ via _____ **(punti 1)**
- altra Regione _____ Comune _____ via _____ **(punti 2)**

Con orario contrattuale:

fino a 20 ore settimanali	PUNTI 0,5		
fino a 25 ore settimanali	PUNTI 1		
fino a 36 ore settimanali	PUNTI 1,5		
oltre a 36 ore settimanali	PUNTI 2		

d) PADRE LAVORATORE: Azienda / Amm.ne /Attività autonoma _____

- Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via _____
- altro Comune _____ via _____ **(punti 1)**
- altra Regione _____ Comune _____ via _____ **(punti 2)**

Con orario contrattuale:

fino a 20 ore settimanali	PUNTI 0,5		
fino a 25 ore settimanali	PUNTI 1		
fino a 36 ore settimanali	PUNTI 1,5		
oltre a 36 ore settimanali	PUNTI 2		

f) Fratelli già frequentanti _____ (indicare il nome)

g) Fratelli gemelli _____ (indicare il nome)

Dichiara infine che unitamente al proprio nucleo familiare ha la seguente situazione reddituale da attestazione ISEE Reddito del Nucleo Familiare, in corso di validità;

			Retta ore 8,00/14,00	Retta ore 8,00/16,45
Da zero	a	€ 3.000,00	€ 40,00	€ 60,00
Da 3.001,00	a	€ 7.000,00	€ 60,00	€ 80,00
Da € 7.001,00	a	€ 9.000,00	€ 70,00	€ 90,00
Da € 9.001,00	a	€ 11.000,00	€ 80,00	€ 100,00
Da € 11.001,00	a	€ 13.000,00	€ 90,00	€ 110,00
Da € 13.001,00	a	€ 15.000,00	€ 100,00	€ 120,00
Da € 15.001,00	a	€ 20.000,00	€ 110,00	€ 130,00
Da € 20.001,00	a	€ 40.000,00	€ 120,00	€ 140,00
Da € 40.001,00 e oltre			€ 140,00	€ 160,00

Allega:

1) Documento di riconoscimento.

2) _____

3) _____

4) _____

Si riserva in caso di ammissione di presentare certificato di vaccinazione del bambino.

Capo d'Orlando _____

FIRMA _____

Dichiara di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, soltanto per gli scopi di cui alla presente richiesta e, comunque, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy, con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge 675/1996 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", dal D.Lgs 196/2003 rubricato " Codice in materia di protezione dei dati personali " e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Capo d'Orlando _____

FIRMA _____