



- c) Grave malattia di \_\_\_\_\_ ( genitore o fratello/sorella)  
che impedisce di accudire al bambino (punti 8)

da documentarsi con idonea certificazione

\* 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  
(Punti 1) - altra Regione (Punti 2) \_\_\_\_\_ Azienda / Amm.ne/  
Attività autonoma \_\_\_\_\_ avente sede in via \_\_\_\_\_

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		

- e) PADRE LAVORATORE: Azienda / Amm.ne /Attività autonoma \_\_\_\_\_

Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via \_\_\_\_\_ altro Comune  
(Punti 1) - altra Regione (Punti 2) \_\_\_\_\_ Azienda / Amm.ne/  
Attività autonoma \_\_\_\_\_ avente sede in via \_\_\_\_\_

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 come da attestazione ISEE completa di dichiarazione sostitutiva unica anno 2020 Reddito N.F.

Retta ore 8,00/14,00    Retta ore 8,00/16,45

Da zero	a € 7.000,00	€ 20,00	€ 35,00
Da € 7.001,00	a € 9.000,00	€ 30,00	€ 45,00
Da € 9.001,00	a € 11.000,00	€ 40,00	€ 55,00
Da € 11.001,00	a € 13.000,00	€ 50,00	€ 65,00
Da € 13.001,00	a € 15.000,00	€ 60,00	€ 75,00
Da € 15.001,00	a € 20.000,00	€ 70,00	€ 85,00
Da € 20.001,00	in poi	€ 90,00	€ 105,00

- di accettare le norme previste dal vigente Regolamento Comunale Asilo Nido;

Di essere consapevole che per l'accesso al servizio nido per l'anno pedagogico 2020/2021 è stato stabilito che le ammissioni potranno essere effettuate sulla base dei posti disponibili il cui numero sarà determinato a seguito dell'applicazione delle disposizioni Ministeriali e Regionali emanate ed emanande a seguito dell'emergenza Covid - 19, nonché sulla base della disponibilità delle necessarie risorse umane;

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 \_\_\_\_\_

.B.( contrassegnare le caselle che interessano)