

NUOVA AMMISSIONE

☐

CONFERMA

☐

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta ammissione Asilo nido comunale anno pedagogico 2023/2024.

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

CHIEDE

L'ammissione per il periodo Settembre 2023-Luglio 2024 del figlio/figlia _____
_____ altro (in questo caso indicare il rapporto di parentela) _____
Nat_ a _____ il _____ all'asilo Nido Comunale

Sezione :

Semi-Divezzi

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

DICHIARA

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 al n.2 voce "ammissione" del bando)

Da documentare con certificazione

☐

rilasciata dalla competente commissione sanitaria.

3) Presenza di un solo genitore

☐

(situazione prevista al n. 3 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

a) Presenza di fratelli conviventi: (punteggio massimo punti 1)

☐

N. _____ fratello/sorella fino all'età di 10 anni (punti 0,2)

b) Presenza in famiglia di soggetti bisognosi di assistenza continua :

-invalidità 100% di _____ (padre/madre/)
che necessita di assistenza continua (punti 8)

☐

-invalidità del 100% di _____ (altro figlio)

☐

che necessita di assistenza continua (punti 8)

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

☐

non ospitati in struttura protetta (punti 1)

(da documentarsi con idonea certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili)

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 da attestazione ISEE
Reddito N.F.

		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) _____

6) 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 _____



N.B.(contrassegnare le caselle che interessano)