

DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2007/2008

PUNTEGGIO PRINCIPALE

I SCELTA DEL SERVIZIO

Indicate, in ordine di preferenza (1°/2°), i servizi nei quali siete disponibili ad accettare il posto.

Asilo nido "Peter Pan"
via Curiel, 15

Servizio aperto dalle ore 8.30 alle ore 16 con possibilità di tempo prolungato al mattino dalle 7.30 alle 8.30 e al pomeriggio fino alle 18.15.

Asilo nido "La Gazza Ladra"
via Erbosa, 1

Servizio aperto dalle ore 7.30 alle ore 13.00.
(Accoglie bimbi che compiano 12 mesi entro settembre 2006)

II SITUAZIONE DEL BAMBINO/A E DEL NUCLEO FAMILIARE

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____

il _____

Residente a _____

In via _____

n. _____

tel. _____

in adozione

in affido

in carico ai servizi sociali

certificazione sanitaria Legge 104/92 (disabili)

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare? SÌ NO

Nucleo incompleto in cui manchi effettivamente la figura paterna o materna per gravi ed oggettivi fatti esterni (decessi, carcerazioni, emigrazioni, bambini riconosciuti da un solo genitore)

Conviventi nel nucleo familiare bisognosi di assistenza? SÌ NO

Se sì specificare età, grado di parentela col bimbo/a, percentuale di invalidità: _____

ALTRI FIGLI

E' in corso una nuova gravidanza? SÌ NO

 Presentazione dell'esito delle Analisi di laboratorio.

n. _____ figli 0-2 anni inserito al nido

n. _____ figli 0-2 anni non inserito al nido

n. _____ figli 3-5 anni inserito alla materna

n. _____ figli 3-5 anni non inseriti alla materna

n. _____ figli frequentanti scuola dell'obbligo

n. _____ figli 15-18 anni

presenza di bambini in affido o in adozione all'interno del nucleo familiare

III PADRE


IV MADRE

Cognome e Nome

Età

Titolo di studio

Condizioni di salute generali

 Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- LAVORATORE DIPENDENTE
- LAVORATORE AUTONOMO
- STAGIONALE O PRECARIO
- ISCRITTO UFF. COLLOCAM.
- CASSA INTEGRAZIONE ORDINARIA
- CASSA INTEGRAZIONE STRAORDINARIA
- STUDENTE
- PENSIONATO O INABILE
- ALTRO _____

SE LAVORATORE DIPENDENTE
(ANCHE STAGIONALE, PART-TIME, ECC.)

Qualifica professionale (operaio, impiegato, quadro, dirigente, ...)

Ente o Ditta presso cui è assunto

Indirizzo della Ditta

Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo della Ditta) tel.

Data di assunzione Eventuale data di fine rapporto

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI COME DA CONTRATTO (esclusi eventuali straordinari): _____

Mattino dalle ore _____ alle ore _____

Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

SE LAVORATORE AUTONOMO

Professione (artigiano, libero professionista, imprenditore, ...)

Ramo di attività (edilizia, trasporti, alimentari, consulenze, ...)

Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratore...)

Nome della Ditta

Indirizzo della Ditta tel.

Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo della Ditta) tel.

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI: _____

Mattino dalle ore _____ alle ore _____


Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

Cognome e Nome

Età

Titolo di studio

Condizioni di salute generali

 Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- LAVORATRICE DIPENDENTE
- LAVORATRICE AUTONOMA
- STAGIONALE O PRECARIA
- ISCRITTA UFF. COLLOCAM.
- CASSA INTEGRAZIONE ORDINARIA
- CASSA INTEGRAZIONE STRAORDINARIA
- STUDENTESSA
- PENSIONATA O INABILE
- ALTRO _____

SE LAVORATRICE DIPENDENTE
(ANCHE STAGIONALE, PART-TIME, ECC.)

Qualifica professionale (operaia, impiegata, quadro, dirigente, ...)

Ente o Ditta presso cui è assunta

Indirizzo della Ditta

Sede di lavoro (se diversa dall'indirizzo della Ditta) tel.

Data di assunzione Eventuale data di fine rapporto

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI COME DA CONTRATTO (esclusi eventuali straordinari): _____

Mattino dalle ore _____ alle ore _____

Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

SE LAVORATRICE AUTONOMA

Professione (artigiana, libera professionista, imprenditrice, ...)

Ramo di attività (edilizia, trasporti, alimentari, consulenze, ...)

Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratrice...)

Nome della Ditta

Indirizzo della Ditta tel.

Sede di lavoro (se diversa dall'indirizzo della Ditta) tel.

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI: _____

Mattino dalle ore _____ alle ore _____

Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

SE TITOLARE DI CONTRATTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA

Nome della Ditta/Ente/Azienda con cui si è stipulato il contratto

Data di inizio e fine contratto

_____ tel.

Sede del lavoro

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:

Mattino dalle ore _____ alle ore _____

Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

PER TUTTE LE CATEGORIE DI LAVORATORI

Assenze sistematiche dalla famiglia con pernottamento fuori sede (per motivi di lavoro):

- da 2 a 5 giorni alla settimana
 per intere settimane

Reperibilità: SÌ NO

Indicare frequenze e modalità, dato eventualmente certificabile dal datore di lavoro: _____

Distanza sede di lavoro: 0-15 km 15-30 30-50
 + di 50

Turni notturni e festivi Turni serali

PUNTEGGIO SECONDARIO

V NONNI PATERNI

SE TITOLARE DI CONTRATTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA NONNO PATERNO

Deceduto? SÌ NO

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Distanza residenza dalla famiglia:

0-10 km 11-20 km oltre i 21 km

Pensionato? SÌ NO


(se non pensionata compilare gli spazi di seguito)

Professione _____

Ditta presso cui lavora

a tempo pieno stagionale periodicità (mesi _____)
 a part time n° ore settimanali: _____

Condizioni psico-fisiche: _____

 Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

E' impegnato in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)? SÌ NO

 Allegare apposita documentazione.

NONNA PATERNA

Deceduta? SÌ NO

Nome della Ditta/Ente/Azienda con cui si è stipulato il contratto

Data di inizio e fine contratto

_____ tel.

Sede del lavoro

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI:

Mattino dalle ore _____ alle ore _____

Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

PER TUTTE LE CATEGORIE DI LAVORATORI

Assenze sistematiche dalla famiglia con pernottamento fuori sede (per motivi di lavoro):

- da 2 a 5 giorni alla settimana
 per intere settimane

Reperibilità: SÌ NO

Indicare frequenze e modalità, dato eventualmente certificabile dal datore di lavoro: _____

Distanza sede di lavoro: 0-15 km 15-30 30-50
 + di 50

Turni notturni e festivi Turni serali

VI NONNI MATERNI

NONNO MATERNO

Deceduto? SÌ NO

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Distanza residenza dalla famiglia:

0-10 km 11-20 km oltre i 21 km

Pensionato? SÌ NO

(se non pensionata compilare gli spazi di seguito)

Professione _____

Ditta presso cui lavora

a tempo pieno stagionale periodicità (mesi _____)
 a part time n° ore settimanali: _____

Condizioni psico-fisiche: _____

 Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

E' impegnato in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)? SÌ NO

 Allegare apposita documentazione.

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residente a _____

Via _____ n. _____
Distanza residenza dalla famiglia:
 0-10 km 11-20 km oltre i 21 km


Pensionata? SÌ NO
(se non pensionata compilare gli spazi di seguito)

Professione _____

Ditta presso cui lavora _____

a tempo pieno stagionale periodicità (mesi _____)
 a part time n° ore settimanali: _____

Condizioni psico-fisiche: _____

 Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

E' impegnata in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)? SÌ NO

 Allegare apposita documentazione.

NONNA MATERNA

Deceduta? SÌ NO

Reddito imponibile lordo del padre anno 2006
Reddito imponibile lordo della madre anno 2006

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residente a _____

Via _____ n. _____
Distanza residenza dalla famiglia:
 0-10 km 11-20 km oltre i 21 km


Pensionata? SÌ NO
(se non pensionata compilare gli spazi di seguito)

Professione _____

Ditta presso cui lavora _____

a tempo pieno stagionale periodicità (mesi _____)
 a part time n° ore settimanali: _____

Condizioni psico-fisiche: _____

 Per eventuale invalidità o malattia grave allegare documentazione.

E' impegnata in assistenza ad altri eventuali conviventi (Invalidi o lungo-degenti)? SÌ NO

 Allegare apposita documentazione.

Il/la sottoscritto/a padre/madre (i cui dati anagrafici sono resi nell'apposita sezione del presente modulo) dichiara che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero, inoltre:

- autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'ufficio competente nell'ambito di tali verifiche;
- è consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy;
- è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del Testo Unico n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio.

Il/la Dichiarante
(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

San Martino in Rio, lì _____ - _____ - 2007.

ATTENZIONE: bisogna firmare in ufficio davanti all'incaricata della raccolta. nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri si deve allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato (art. 38 T.U. 445/2000)

RISERVATO ALL'UFFICIO

Si attesta che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza

San Martino in Rio, lì _____ L'addetto _____