

**Domanda n.** \_\_\_\_\_

**Residente SI Residente comune di** \_\_\_\_\_

**COMUNE DI SAN MARTINO IN RIO**  
Servizi educativi per l'infanzia 0-3

*All'Ufficio Scuola  
Comune di San Martino in Rio*

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
PER L'ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

**PUNTEGGIO PRINCIPALE**

**I TIPO DI FREQUENZA**

Tipo di frequenza  
TEMPO PIENO

Dalle ore 8.30 alle ore 16 con possibilità di tempo anticipato dalle 7.30 alle 8.30 e prolungato dalle 16 alle 18,15. Bambini di età compresa dai 5 ai 36 mesi

**II DATI ANAGRAFICI DEL MINORE E SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in adozione  in affido  in carico ai servizi sociali

certificazione sanitaria Legge 104/92 (disabili)

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**

È in corso una nuova gravidanza?  SÌ  NO

\* Presentazione dell'esito delle Analisi di laboratorio.

n. \_\_\_\_\_ figli 0-2 anni inserito al nido d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli 0-2 anni non inserito al nido d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli 3-5 anni inserito alla scuola d'infanzia

n. \_\_\_\_\_ figli 3-5 anni non inseriti alla scuola d'infanzia

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

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 \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

### IV MADRE

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 (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 LAVORATRICE AUTONOMA

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 \_\_\_\_\_

## 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

## ALTRA CONDIZIONE LAVORATIVA (ES.PRECARIO, COLL.CONTINUATIVA...)

\_\_\_\_\_  
(Nome della Ditta)

\_\_\_\_\_  
(Data inizio e fine contratto)

\_\_\_\_\_  
(Sede di lavoro)

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mattino dalle ore

alle ore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pomeriggio dalle ore

alle ore \_\_\_\_\_

### V NONNI PATERNI

#### 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 pensionato compilare gli spazi di seguito)

\_\_\_\_\_  
(Professione)

\_\_\_\_\_  
(Ditta presso cui lavora)

a tempo pieno  stagionale  periodicità (mesi \_\_\_\_\_)

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

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Data di nascita

\_\_\_\_\_  
Residente a

\_\_\_\_\_  
Via

n.

Distanza residenza dalla famiglia:

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

## 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

## ALTRA CONDIZIONE LAVORATIVA (ES.PRECARIO, COLL.CONTINUATIVA...)

\_\_\_\_\_  
(Nome della Ditta)

\_\_\_\_\_  
(Data inizio e fine contratto)

\_\_\_\_\_  
(Sede di lavoro)

TOTALE ORE LAVORATIVE SETTIMANALI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mattino dalle ore

alle ore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pomeriggio dalle ore

alle ore \_\_\_\_\_

### 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 pensionato compilare gli spazi di seguito)

\_\_\_\_\_  
(Professione)

\_\_\_\_\_  
(Ditta presso cui lavora)

a tempo pieno  stagionale  periodicità (mesi \_\_\_\_\_)

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 MATERNA

Deceduta?  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

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.

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.

Reddito imponibile lordo del padre (Dati CUD 2025) anno 2024 \_\_\_\_\_

Reddito imponibile lordo della madre (Dati CUD 2025) anno 2024 \_\_\_\_\_

(Se il documento non è in vostro possesso, verrà richiesto solo in caso di necessità come 3° criterio ai fini della graduatoria)

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della domanda di iscrizione ai servizi educativi comunali. (Regolamento UE 679/2016 e del DLGS 101/2018)

Il/la Dichiarante

(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

San Martino in Rio, lì \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - 2025

**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 \_\_\_\_\_