

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 _____