

NUOVA AMMISSIONE

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 : **N. 2 POSTI DIVEZZI**

Solo nell'orario normale dalle ore 8,00 fino alle 14,00	

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)