



COMUNE DI CUGGIONO

ASILO NIDO COMUNALE

ISCRIZIONI PER L'ANNO EDUCATIVO 2018/2019



PER IL BIMBO / LA BIMBA:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

FASCIA ORARIA DI FREQUENZA RICHIESTA

- fascia part time mattino dalle ore 7.30 alle ore 13.00
- fascia part time pomeriggio dalle ore 11.00 alle ore 16.30
- fascia full time dalle ore 7.30 alle ore 18.00



COMUNE DI CUGGIONO

AL SINDACO DEL COMUNE DI CUGGIONO
ALL'UFFICIO SERVIZI ALLA PERSONA

Il/La sottoscritto/a: _____

Residente a _____ Indirizzo: _____

Recapiti Telefonici: _____

Indirizzo mail: _____

In qualità di: padre madre

Di: Cognome _____ Nome _____

e di: Cognome _____ Nome _____

(DA COMPILARE SOLO PER L'ISCRIZIONE DI GEMELLI)

Nato/a/i a _____ il _____

CHIEDE

Che il bimbo / la bimba venga iscritto all'asilo nido comunale per l'anno scolastico 2017/2018

A tal fine, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 del suddetto D.P.R.

DICHIARA

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:

1. _____ (relazione di parentela) _____

2. _____ (relazione di parentela) _____

3. _____ (relazione di parentela) _____

4. _____ (relazione di parentela) _____

5. _____ (relazione di parentela) _____

6. _____ (relazione di parentela) _____

e che all'interno dello stesso non vi sono altre persone conviventi oltre a quelle sopra indicate.

DICHIARA INOLTRE:

APPORRE LA CROCETTA SOLO OVE RICORRE IL CASO

CHE IL BIMBO / LA BIMBA E' PORTATORE DI HANDICAP (come dimostrato da certificazione allegata)

CHE ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE VI E' UN SOLO GENITORE

CHE UNO DEI GENITORI E' AFFETTO DA INVALIDITA', COME DA CERTIFICAZIONE ALLEGATA ATTESTANTE:

- IMPOSSIBILITA' A SVOLGERE ATTIVITA' LAVORATIVA
- INVALIDITA A PARTIRE DAL 66%**



COMUNE DI CUGGIONO

- CHE I GENITORI SVOLGONO LA SEGUENTE ATTIVITA' LAVORATIVA

PAPA': Cognome e Nome _____ Professione _____

Azienda e indirizzo recapito tel. _____

Ore di lavoro settimanali:

- FINO A 20 ORE
 DA 21 A 35 ORE
 OLTRE 35 ORE
 ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITA', CASSA INTEGRAZIONE, GRADUATORIE PUBBLICHE PER INCARICHI E SUPPLENZE

MAMMA: Cognome e Nome _____ Professione _____

Azienda e indirizzo recapito tel. _____

Ore di lavoro settimanali:

- FINO A 20 ORE
 DA 21 A 35 ORE
 OLTRE 35 ORE
 ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITA', CASSA INTEGRAZIONE, GRADUATORIE PUBBLICHE PER INCARICHI E SUPPLENZE

- CHE, ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE, SONO PRESENTI I SEGUENTI FIGLI MINORI DI ANNI 12 (da compiersi entro il 15/06/2017):

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

- CHE LA MADRE E' IN STATO DI GRAVIDANZA (come dimostrato da certificazione allegata)
- DI AVER PRESO VISIONE DEI CRITERI SELETTIVI STABILITI DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE NEL CASO IN CUI LE DOMANDE D'ISCRIZIONE FOSSERO SUPERIORI AL NUMERO DI POSTI DISPONIBILI.
- DI ALLEGARE ALLA PRESENTE L'ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'
- DI ALLEGARE ALLA PRESENTE LA DOCUMENTAZIONE ACCERTANTE LO STATO VACCINALE DEL BAMBINO

Comunica, infine:

- di voler inserire il/la proprio/a figlio/a all'asilo nido preferibilmente nel mese di: _____.

(LA DATA D'INIZIO DELLA FREQUENZA SARA' COMUNQUE CONCORDATA CON LE EDUCATRICI SULLA BASE DEL PROGRAMMA GENERALE DEGLI INSERIMENTI).

Cuggiono, _____

Firma del dichiarante

I DATI PERSONALI RACCOLTI NELL'AMBITO DELLA PRESENTE PROCEDURA SARANNO UTILIZZATI E FINALIZZATI ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA ED IL LORO TRATTAMENTO SARA' IMPRONTATO AI PRINCIPI DI CORRETTEZZA, LICEITA' E TRASPARENZA TUTELANDO LA SUA RISERVATEZZA.



COMUNE DI CUGGIONO

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

	CRITERI	SOTTOCRITERI	PUNTI MAX	PUNTI ASSEGNATI
1	BAMBINO DIVERSAMENTE ABILE		20	
2	NUCLEO FAMILIARE IN GRAVI DIFFICOLTA' NEI SUOI COMPITI DI ASSISTENZA ED EDUCAZIONE (con relazione del servizio competente)		20	
3	NUCLEO FAMILIARE MONOPARENTALE CON REDDITO I.S.E.E. INFERIORE A € 10.000		10	
4	NUCLEO FAMILIARE CON UN GENITORE INVALIDO	Invalità accertata per cui sia riconosciuta l'impossibilità allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa	10	
		Invalità a partire dal 66%	3	
5	ATTIVITA' LAVORATIVA (Attribuire i punti per ciascun genitore)	Fino a 20 ore settimanali	2	
		Da 21 a 35 ore settimanali	4	
		Da 36 ore settimanali	5	
		Iscritti alle liste di mobilità, cassa integrazione, graduatorie pubbliche per incarichi e supplenze	1	
		LAVORATORI AUTONOMI	4	
6	ISCRIZIONE DI GEMELLI		3	
7	ALTRI FIGLI NEL NUCLEO FAMILIARE FINO AI 12 ANNI D'ETA' (compiuti entro il termine del periodo di iscrizione)		1	
8	NUOVA GRAVIDANZA		1	
9	I.S.E.E.	Fino a € 10.000	3	
		Da € 10.001 a € 20.000	2	
10	PERMANENZA IN LISTA D'ATTESA		1	
TOTALE				

**RETTA MENSILE
ASSEGNATA:**

€ _____

**DATA
DELL'INSERIMENTO:**
