



III COMPOSIZIONE ANAGRAFICA DEL NUCLEO FAMILIARE

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
----------------	------------------	-----------------	-----------------------

IV SITUAZIONE DI FATTO DEL NUCLEO FAMILIARE

N.B.: sezione da NON compilare se la situazione di fatto risulta uguale a quella anagrafica

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
----------------	------------------	-----------------	-----------------------

Se i genitori non sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare specificare esattamente la situazione (data e luogo di deposito dei ricorsi o della sentenza di separazione e divorzio, altro)

C	Genitori entrambi residenti a Vicchio ed entrambi occupati in attività lavorativa	punti 8	<input type="checkbox"/>
----------	--	----------------	--------------------------

D	Nucleo monoparentale residente a Vicchio e occupato in attività lavorativa (un solo genitore esercente patria potestà) * in questo caso non verrà considerato il punteggio dell'altro genitore, nel proseguo della domanda.	punti 21,5	<input type="checkbox"/>
----------	---	-------------------	--------------------------

E CARICO FAMILIARE

Il punteggio per i figli, escluso quello per cui si fa domanda, è attribuito in riferimento alla frequenza scolastica e non all'età anagrafica (es. bambino che compie tre anni nell'anno corrente ma che frequenta già la scuola materna a settembre)

Domanda di gemelli	punti 6	<input type="checkbox"/>
Nuova gravidanza al momento della domanda	punti 5	<input type="checkbox"/>
Per ogni ulteriore figlio al di sotto dei 3 anni	punti 4	<input type="checkbox"/>
Per ogni ulteriore figlio da 3 a 6 anni	punti 3	<input type="checkbox"/>
Per ogni ulteriore figlio dai 6 agli 11 anni	punti 2	<input type="checkbox"/>
Per ogni ulteriore figlio dagli 11 ai 14 anni	punti 1	<input type="checkbox"/>

G	Presenza all'interno del nucleo familiare di persone con handicap o inferme non frequentanti servizi pubblici diurni, cui necessita prestare assistenza. Tale requisito dovrà essere documentato dalla Commissione ASL per l'invalidità civile col riconoscimento del 100% oppure ai sensi della L.104/92 o ai sensi della delib.C.R. 214/91 col riconoscimento di non autosufficienza.	punti 4	<input type="checkbox"/>
----------	---	----------------	--------------------------





V MADRE

VI PADRE

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

H CONDIZIONE PROFESSIONALE

	PUNTI
LAVORATRICE STABILE (dipendente, autonoma, libera professionista)	8
DISOCCUPATA LICENZIATA O PRECARIA * (con contratti a breve termine non super. a 6 mesi)	7
STUDENTESSA *	5
CASALINGA O PENSIONATA	4

*Tali condizioni possono essere attribuite ad uno solo dei due coniugi

SE LAVORATRICE DIPENDENTE

Qualifica professionale (*operaia, impiegata, infermiera, dirigente, etc.*) _____

Ente o ditta presso cui è assunta _____

tel. _____

Data assunzione ed eventuale fine se assunta a termine _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____

SE TITOLARE DI ALTRA TIPOLOGIA DI CONTRATTO

Nome dell'azienda/ente/soggetto con cui si è stipulato il contratto _____

Data di inizio e fine contratto _____

Sede del lavoro _____

tel. _____

Professione _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

H CONDIZIONE PROFESSIONALE

	PUNTI
LAVORATORE STABILE (dipendente, autonoma, libera professionista)	8
DISOCCUPATO LICENZIATO PRECARIO * (con contratti a breve termine non super. a 6 mesi)	7
STUDENTE *	5
CASALINGO O PENSIONATO	4

*Tali condizioni possono essere attribuite ad uno solo dei due coniugi

SE LAVORATORE DIPENDENTE

Qualifica professionale (*operaio, impiegato, infermiere, dirigente, etc.*) _____

Ente o ditta presso cui è assunto _____

tel. _____

Data assunzione ed eventuale fine se assunto a termine _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____

SE TITOLARE DI ALTRA TIPOLOGIA DI CONTRATTO

Nome dell'azienda/ente/soggetto con cui si è stipulato il contratto _____

Data di inizio e fine contratto _____

Sede del lavoro _____

tel. _____

Professione _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____





SE LAVORATRICE AUTONOMA

Professione (*artigiana, agricoltrice, libera professionista, imprenditrice, etc.*)

Ramo di attività (*edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze*)

Posizione occupata (*socia, titolare, coadiuvante, amministratrice, etc.*)

Nome e tipo di società (*s.n.c. - s.p.a. - individuale...*)

Indirizzo ditta

tel. _____

Data inizio attività _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro)

I	PENDOLARITA' (1)	punti
	Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 15 Km. (1 punto)	<input type="text"/>
	Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km. (2 punti)	<input type="text"/>

L **ORARIO DI LAVORO**
Totale ore lavorative settimanali N. _____
come da contratto di lavoro esclusi straordinari

		punti
Fino a 12 ore	(punti 0,50)	<input type="text"/>
Da 13 ore a 24 ore	(punti 1)	<input type="text"/>
Da 25 ore a 30 ore	(punti 1,50)	<input type="text"/>
Da 31 a 36 ore	(punti 3,00)	<input type="text"/>
Oltre 36 ore	(punti 3,50)	<input type="text"/>

SE LAVORATORE AUTONOMO

Professione (*artigiano, agricoltore, libero professionista, imprenditore, etc.*)

Ramo di attività (*edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze*)

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

Nome e tipo di società (*s.n.c. - s.p.a. - individuale...*)

Indirizzo ditta

tel. _____

Data inizio attività _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro)

I	PENDOLARITA' (1)	punti
	Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 15 Km. (1 punto)	<input type="text"/>
	Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km. (2 punti)	<input type="text"/>

L **ORARIO DI LAVORO**
Totale ore lavorative settimanali N. _____
come da contratto di lavoro esclusi straordinari

		punti
Fino a 12 ore	(punti 0,50)	<input type="text"/>
Da 13 ore a 24 ore	(punti 1)	<input type="text"/>
Da 25 ore a 30 ore	(punti 1,50)	<input type="text"/>
Da 31 a 36 ore	(punti 3,00)	<input type="text"/>
Oltre 36 ore	(punti 3,50)	<input type="text"/>

VII RESIDENZA DEI NONNI

N	Se uno dei nonni è residente nel Comune di Vicchio e nello stesso nucleo familiare del bambino	punti 0	<input type="text"/>
O	Se uno dei nonni è residente nel Comune di Vicchio	punti 0,50	<input type="text"/>
P	Se nessuno dei nonni è residente nel Comune di Vicchio	punti 1,00	<input type="text"/>

(1) La pendolarità viene considerata a tratta e riferita alla distanza da Vicchio Capoluogo

A parità di punteggio la precedenza è data in ordine ai seguenti criteri:

1. ai bambini con entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa,
2. ai bambini più piccoli di età





IL/LA SOTTOSCRITTO/A PADRE/MADRE DICHIARA:

- **Di essere consapevole che mio figlio/a non sarà ammesso/a e non potrà frequentare il nido se non in regola con gli adempimenti vaccinali.**
- **CHE il valore dell'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare è pari ad €.....**
- CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO;
- DI AVER COMPILATO I QUADRI
 I II III IV V VI VII
- DI AVER ACQUISITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI:
 08 maggio: pubblicazione della graduatoria provvisoria
 entro e non oltre il 15 maggio: presentazione di eventuali ricorsi
 19 maggio: pubblicazione della graduatoria definitiva
- ED INOLTRE:
 - si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Vicchio, nell'ambito di eventuali verifiche;
 - è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;
 - dichiaro di aver preso visione della guida alla compilazione;

ALLEGA:

- se compilata lett. E (nuova gravidanza al momento della domanda) copia certificazione.
- se compilata lett. G copia certificazione

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. In particolare, il trattamento dei dati personali è finalizzato alla gestione della procedura per l'ammissione ai servizi educativi dei bambini e ai connessi obblighi di legge.

Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2916, l'interessato potrà visitare il sito www.comunevicchio.fi.it accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del trattamento è il **Comune di Vicchio**.

Il/la dichiarante

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

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

Vicchio li

RISERVATO ALL'UFFICIO	
Si attesta che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza	
Vicchio li _____	L'addetta _____

